

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**EFEITOS DA APRENDIZAGEM DA ANÁLISE  
LITERÁRIA DE NARRATIVAS NA TEMÁTICA DA  
SAÚDE POR LEITURA CERRADA E ESCRITA  
REFLEXIVA EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DE  
LETRAS E MEDICINA**

**Maria Cristina Perdigão Marques**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia da Educação e da Orientação)**

**2016**

**FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**EFEITOS DA APRENDIZAGEM DA ANÁLISE LITERÁRIA DE NARRATIVAS NA  
TEMÁTICA DA SAÚDE POR LEITURA CERRADA E ESCRITA REFLEXIVA EM  
ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DE LETRAS E MEDICINA**

**Maria Cristina Perdigão Marques**

**Dissertação orientada pelo Professor Doutor António Manuel Duarte**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia da Educação e da Orientação)**

**2016**

*Quanto mais grave a doença, maior a necessidade de o doente ser ouvido,  
o que raramente acontece.*

Rita Charon

## **Agradecimentos**

Este ano letivo foi difícil, exigente e muito trabalhoso. No entanto, houve pessoas que, felizmente, conseguiram aligeirar o peso e a pressão sentidos. Por isso, queria agradecer-lhes.

Em primeiro lugar, ao Professor António Duarte, por ter sido um orientador tão presente, cuidadoso e prestável.

À Luísa, por ser (sempre) uma amiga incansavelmente presente. Obrigada pela força e pelo cuidado.

À Teresa e ao Duarte, por estarem sempre por perto, pela transmissão incessante de motivação e garra, por serem um apoio extraordinário.

À Tia Carmo, pela confidencialidade e confiança constantes, pela energia positiva em todos os momentos.

À Tia Teresa, por me acompanhar em todos os momentos da minha vida. Obrigada por carinho ser a palavra de ordem.

À minha irmã, pela preocupação, proteção e cuidado intermináveis. Obrigada por estares sempre comigo.

À minha Mãe, por ser o Anjo que me protege. Obrigada pelo apoio e preocupação permanentes. Ao Tio Luís, por ser exemplo de pai, e de tudo o que pretendo alcançar profissionalmente.

À Avó Mariana, pelos princípios, pelos valores e pela fé que me ajudaram a enfrentar e, sobretudo, superar dificuldades. Obrigada por olhar por mim!

## Resumo

O estudo apresentado enquadra-se no cruzamento das perspetivas da *Medicina Narrativa* com o da *complexidade estrutural do produto da aprendizagem*. Avaliou-se os efeitos da aprendizagem, em estudantes universitários, da “leitura cerrada” e da “escrita reflexiva” sobre textos de ficção na temática da saúde, na qualidade da análise literária desse tipo de textos, operacionalizada em termos da sua complexidade estrutural e medida pela Taxonomia SOLO. Foi inicialmente avaliada a complexidade estrutural da análise literária (CEAL) de 18 participantes (14 estudantes de Letras e quatro de Medicina), com recurso a textos literários linguisticamente equivalentes na temática da saúde (classificação da resposta à questão “De que trata o texto?” numa escala hierárquica de 5 níveis). De seguida, procedeu-se a uma intervenção, para aprendizagem das técnicas de “leitura cerrada” e “escrita reflexiva”, sobre nove dos participantes (grupo experimental), enquanto os restantes nove (grupo de controlo) não foram sujeitos a intervenção. Na pós-intervenção e num *follow-up*, realizaram-se novas avaliações análogas da CEAL a todos os participantes. Por último, realizou-se uma entrevista de *focus group* com o grupo experimental, para avaliação da experiência de intervenção. O grupo experimental e o grupo de controlo são ambos equivalentes (sete estudantes de Letras e dois de Medicina cada grupo). A análise dos dados consistiu em comparar, para cada participante, a CEAL antes e depois da intervenção (nos casos de aumento, comparou-se os valores de pré-intervenção e de *follow-up*). As respostas à entrevista foram submetidas a uma análise de conteúdo temática de tipo intermédio. Os resultados apontam para um aumento da competência de análise literária de textos na temática da saúde na ampla maioria dos participantes do grupo experimental e em comparação com os participantes do grupo de controlo, cujo aumento é mais reduzido e menos extenso. Ficam ainda registados indícios de um efeito benéfico da intervenção na leitura e na escrita em geral, assim como na atenção e humanização dos aspetos relacionais implicados na interação médico-paciente.

**Palavras-chave:** análise literária, complexidade estrutural do produto de aprendizagem, escrita reflexiva, leitura cerrada, medicina narrativa, taxonomia SOLO

### **Abstract**

This study locates in the intersection between two perspectives: *Medicine Narrative* and *Structural complexity of the learning product*. The effects of learning "close reading" and "reflexive writing" upon fiction texts about health, by university students, on the literary analysis' quality of such texts, operationalized in terms of its structural complexity and measured by SOLO taxonomy, was evaluated. At the beginning, it was assessed the structural complexity of literary analysis (SCLA) of 18 participants (14 students from Humanities and four from Medicine), by using linguistically equivalent literary texts in the thematic of health (response rating to the question "What the text is about?" in a hierarchy of 5 levels). An intervention was then implemented for the learning of "close reading" and "reflexive writing" by nine of the participants (experimental group), while the remaining nine (control group) were not subject to intervention. Post-intervention and follow-up took place with similar assessments of SCLA with all participants. Finally, the experimental group was subject to a focus group interview in order to evaluate the experience of intervention. The experimental group and the control group are both similar (seven students from Humanities and two from Medicine each group). Data analysis consisted of comparing, for each participant, SCLA before and after the intervention (in the cases it increased, pre-intervention and follow-up values were also compared). The interview answers were submitted to a thematic content analysis of intermediate type. The results show an increase of literary analysis competence of texts about health in the vast majority of participants in the experimental group and compared

to participants in control group, in which such increase is smaller and less extensive. It was also observed evidence of an intervention's beneficial effect in reading and writing in general, as well as in attention to and humanization of relational aspects involved in health professional-patient interaction.

**Keywords:** close reading, literary analysis, narrative medicine, reflexive writing, SOLO Taxonomy

## Índice

Introdução .....	1
A “Medicina Narrativa” .....	2
A taxonomia SOLO – da Estrutura do Produto da Aprendizagem .....	9
Método .....	13
Desenho de Investigação.....	13
Amostra.....	13
Procedimento de avaliação .....	14
Procedimento de intervenção .....	20
1ª Sessão.....	20
2ª Sessão.....	23
3ª Sessão.....	25
Procedimento de processamento dos dados .....	26
Resultados .....	28
Complexidade estrutural da análise literária .....	28
Percepção da intervenção e seu Impacto.....	30
Discussão .....	36
Complexidade Estrutural da Análise Literária.....	36
Percepção da Experiência de Participação no Estudo.....	38
Conclusão.....	43
Referências.....	45
Lista de Anexos.....	49



## **Índice de Tabelas**

Tabela 1. Características linguísticas da 1ª amostra de textos para avaliação

Tabela 2. Características linguísticas dos textos selecionados

Tabela 3. Complexidade Estrutural da Análise Literária – Grupo Experimental

Tabela 4. Complexidade Estrutural da Análise Literária – Grupo Controlo

Tabela 6. Sistema de categorias da experiência de participação (estudantes de Medicina)

Tabela 5. Sistema de categorias da experiência de participação (estudantes de Letras)

## **Índice de Gráficos**

Gráfico 1: Complexidade Estrutural da Análise Literária (CEAL) – Número de participantes do grupo experimental e de controlo que aumentou, reduziu e manteve o nível médio de CEAL após a intervenção

## Introdução

Na perspectiva designada de “psicologia narrativa”, os seres humanos organizam e criam a sua experiência (incluindo a da doença) em forma de histórias, em parte modeladas pelas narrativas (incluindo as da arte e literatura) existentes na cultura em que estão imersos (e.g. Bruner, 2004).

As relações que se estabelecem entre seres humanos são desenvolvidas e mantidas através de histórias contadas, veja-se os exemplos de mitos, lendas, novelas, textos sagrados (Charon, 2006, p. preface). Já os sonhos, os diários, os relacionamentos, os casamentos ou as terapias são formas de o indivíduo se ir conhecendo a si próprio, sendo que também são feitos a partir de *histórias* (Charon, 2006, p. vi).

As histórias emergem dos tempos dos homens primitivos, dos caçadores, pois há muitos milhares de anos os *homo sapiens* comunicavam através de pegadas, odores, sabores, sons, texturas (Grossman & Cardoso, 2014). Quando interpretados de forma isolada, estes símbolos não tinham qualquer significado, mas quando se fazia a construção do todo, os mesmos símbolos garantiam a sobrevivência do ser humano (Grossman & Cardoso, 2014).

Paralelamente, a consciência progressiva, por parte da educação em medicina e saúde, da importância de desenvolver, nos estudantes daquelas áreas, uma sensibilidade à experiência complexa dos doentes (paralelamente às competências técnicas de diagnóstico e tratamento) tem vindo a fomentar a inserção de componentes que viabilizem aquele resultado, nos currículos de medicina e saúde (Crawford, Brown, Tischler & Baker, 2010). É em parte nesse sentido que surgem as “humanidades médicas e de saúde” (*medical/health humanities*) (Crawford et al, 2010; Grant, 2008), que, paralelamente à defesa da inclusão de uma variedade de temas das humanidades – e.g. ética, filosofia (Brawer, 2006; Olthius & Dekkers, 2003), defendem a inclusão do tema da arte em geral e da literatura em particular

sobre a doença, a medicina e os cuidados de saúde (Dysart-Gale, 2008). É neste contexto que pode ser situada a perspectiva da “medicina narrativa”, que considera que saber “ler” as narrativas dos doentes sobre as suas condições de doença constitui uma competência necessária aos médicos. Ainda, defende que o desenvolvimento daquela competência poderá ser dinamizado pela “leitura” aprofundada de narrativas literárias e artísticas sobre a doença e a medicina (Charon, 2006, p. vii).

Com base neste enquadramento, coloca-se, neste estudo, a questão de até que ponto a aprendizagem, por parte de futuros médicos (i.e. estudantes de medicina), de uma leitura aprofundada de narrativas literárias sobre a doença e a medicina efetivamente concorrerá para o desenvolvimento da competência em as analisar, tal como medido pela Taxonomia SOLO (Biggs & Collis, 1982), um dos paradigmas de avaliação da estrutura do produto da aprendizagem.

Considerando esta questão, nas duas subsecções subsequentes procede-se à introdução dos dois referenciais teóricos deste estudo: a “Medicina Narrativa” e a “Taxonomia SOLO”.

#### *A “Medicina Narrativa”*

A *Medicina Narrativa (MN)* designa uma “ (...) prática clínica informada pela teoria e prática da leitura, escrita, conto e receção de histórias.” (Charon, 2006, p. vii). A *MN* constitui uma disciplina da área da Medicina criada pela médica americana Rita Charon, cujo objetivo primário é o de desenvolver, nos médicos, a competência de interpretar casos clínicos, através das histórias de doença dos pacientes (Charon, 2006, p. vii). Charon usou pela primeira vez o termo em 2000, quando se referiu à prática clínica fortificada pela competência narrativa – capacidade para reconhecer, absorver, metabolizar, interpretar e mover-se a partir das histórias de doença (Charon, 2007). Deseja-se, pois, na perspectiva da

*MN*, que os médicos estejam atentos aos pacientes e aos seus corpos, tal qual como os caçadores faziam com a recolha, ordenação e classificação de pistas, que constitui a base do “diagnóstico” (Grossman & Cardoso, 2014).

Assim, procura-se compreender os pacientes em determinada condição de saúde, por intermédio da narrativa ou do conto de histórias. Histórias estas que envolvem factos, personagens, tempo, espaço e narrador. As histórias concedem ao ser humano o poder de este se (re)conhecer enquanto tal, de se conectar com tradições e culturas, de encontrar significados nos acontecimentos do quotidiano, de criar relações, de manter contacto com os outros (Charon, 2006, p. vii). De outra forma não poderia ser, pois as pessoas expressam-se pelo olhar, pela fala, pelo toque, pelo corpo, e, portanto, os médicos não podem ter “receitas prontas”; é preciso saber ver e olhar, saber ouvir e interpretar (Grossman & Cardoso, 2014).

A *MN* nasce de diferentes fontes, como a literatura, a medicina de cuidados primários, a medicina centrada no paciente e a prática reflexiva, juntando-se-lhe a filosofia, psicologia e ética. Ou seja, a *MN* é fortemente influenciada por fundamentos literários e narrativos que contribuem para uma melhor compreensão da missão da prática clínica (Charon, 2015). Aliás, a *MN* surge não só a partir da importância, mas também a partir da força que as histórias exercem quer na educação, quer na prática médica, visto que o paciente relata ao médico os seus sintomas, este escuta-os e refere o que o doente tem, desenrolando-se, deste modo, uma história (Charon, 2015).

A medicina clínica é uma ciência individual, e não um conjunto de verdades científicas universais que se aplicam a todos os doentes da mesma forma (Avrahami & Reis, 2009). Por isso, torna-se urgente singularizar os cuidados de saúde aos pacientes. Ainda, reconhecer a ética dos profissionais, reconhecer os deveres pessoais em relação à doença, e, sobretudo, estabelecer uma relação com o(s) paciente(s) (Charon, 2006, p. viii). Neste sentido, estão a ser feitos bons progressos na compreensão e ensino de competências de comunicação,

profissionalismo, competência cultural, consolidação da equipa e cuidados centrados no doente, de modo a que os pacientes recebam o tratamento que na maioria das vezes tanto procuram: identificação e caracterização do sofrimento, comodidade e empatia (Charon, 2006, p. viii).

O treino em *MN* deve ser feito com brio ao longo do tempo, apelando à criatividade, auto-conhecimento, percepção e entendimento do outro. Assim, garante-se que as aprendizagens dos estudantes de medicina passam pela prática de competências fundamentais de “leitura cerrada” (*close Reading*). Ou seja: são treinadas competências para ouvir o que os pacientes dizem e são aprendidas técnicas para manter um contacto autêntico com os pacientes, contribuindo para uma maior eficácia na prática clínica (Charon, 2006, p. x).

Este treino narrativo prepara os alunos para o exercício da profissão, no sentido em que desenvolvem capacidades para estabelecer um relacionamento mais empático e atento com os seus pacientes. Além disso, contam aspetos como as palavras, os silêncios, as metáforas, os géneros e a linguagem não-verbal (Charon, 2006, p.107), que ajudam “os médicos [a perceber] que cuidar de pessoas atravessa as fronteiras entre o biológico, social, cultural, comportamental e espiritual do conhecimento acerca dos pacientes e influencia as respostas do cuidado médico” (Charon, 2015). Então, é certo que o futuro médico fará uso do seu conhecimento científico como ferramenta necessária, mas não como suficiente (Avrahami & Reis, 2009), uma vez que a medicina só por si não é capaz de fornecer bases sólidas que preparem o médico para a complexidade do encontro com o seu doente (Fernandes, 2014).

Charon fornece treino narrativo na Universidade de Columbia, Nova Iorque, a médicos, enfermeiros, trabalhadores sociais, psicanalistas, terapeutas, estudiosos da literatura e escritores, em que treina a escuta ativa, “leitura cerrada”, “escrita reflexiva” e o testemunho do sofrimento (Charon, 2007). Ensinar a ser empático tem sido um grande desafio, já que a medicina tradicional ensina que “o que está por baixo da bata branca é irrelevante” (Johna &

Rahman, 2011). Podemos, deste modo, dizer que a *MN* nasceu para humanizar a medicina (Johna & Rahman, 2011), promovendo a empatia (Valentti & Mehl-Madrone, 2010). Assim, a empatia consiste em três componentes distintos: cognitivo, em que o médico *entra* na perspectiva do doente; emocional, em que o médico se coloca no lugar do paciente; e ação, em que o médico comunica a sua compreensão (Johna & Rahman, 2011). Com tais características, a *MN* pode ser a resposta para a crise da relação médico-paciente (Johna & Rahman, 2011), já que uma história é mais do que apenas informação, pois mostra outra parte da alma, e isso é algo que se deve honrar (Valentti & Mehl-Madrone, 2010). Além disso, muitos têm sido os estudos que provam que um tratamento com sucesso depende da aliança terapêutica, empatia e colaboração, fazendo, conseqüentemente, com que os pacientes se tornem pessoas e não meros doentes (Valentti & Mehl-Madrone, 2010).

É objetivo da *MN* treinar médicos (e outros profissionais de saúde) a serem capazes de representar aquilo que o paciente testemunha em vida, visto que o desenvolvimento da *MN* ajuda os médicos na compreensão dos seus casos, contribuindo para o bem-estar do outro (Charon, 2015). Caso contrário, perde-se a autenticidade e singularidade do caso, na medida em que se desvaloriza a escuta ativa do doente e observação física subjacente (Fernandes, 2014). Procura-se, assim, que os médicos tenham em conta aspetos psicológicos e contextuais do doente, como a sua história de vida, crenças, medos ou dilemas (Fernandes, 2014).

A técnica da “leitura cerrada” (LC) (*close reading*, em inglês) constitui uma das competências centrais da *MN*, tendo nascido há vários séculos atrás, no ceio de disciplinas como a Teologia e a Crítica Literária. A LC deriva da prática interpretativa de textos designada por *exegesis*, termo de origem Grega, surgido em meados do século XVII, que significa *levar para fora*. A *exegesis* refere-se à interpretação crítica de um texto, que, nos primórdios da sua aplicação, seria de um texto sagrado. Deste modo, a *exegesis* seria algo como considerar cada frase e cada letra minuciosamente, para uma melhor compreensão do

texto como um todo, considerando-se que a desconstrução de um texto nas suas partes levaria a uma compreensão mais profunda, bem como a uma interpretação mais rigorosa (Sisson & Sisson, 2014).

Por volta de 1930-1940, a LC tornou-se marca daquilo a que se chamava de Nova Crítica (*New Criticism*), sendo este um método para ensino da literatura. Isto é, acreditava-se que o leitor conseguia extrair informação mais precisa do texto quando excluía quaisquer interpretações pessoais. Contudo, este método entrou em declínio nos anos 70 (Sisson & Sisson, 2014). Mais recentemente, em 2010, Burry Brummett veio defender a LC como uma leitura atenta e consciente de um objeto, que visa a compreensão profunda do seu significado. David Coleman apoiou a ideia de Brummett, dizendo que a LC é uma forma de capacitar os estudantes a ler de forma independente e a ganharem conhecimento, sugerindo, ainda, que se demorassem nas suas leituras (Sisson & Sisson, 2014).

Desde 2010 que a LC constitui um tema controverso no campo da Psicologia Educacional. Alguns defendem que a LC “é irrealista e é contra produtivo não providenciar mais suporte estruturado aos professores” (Sisson & Sisson, 2014). Por outro lado, há aqueles que acreditam na habilidade da técnica para capacitar leitores, quando confrontados com textos complexos (Sisson & Sisson, 2014).

Em suma, o que se pretende com a LC é uma análise mais profunda das estruturas do texto, apelando não só à organização do texto, à precisão do vocabulário, aos conceitos avançados e aos detalhes, mas também aos argumentos e aos significados inferenciais (Sisson & Sisson, 2014). Além disso, deve-se realizar uma leitura reflexiva, que monitorize parágrafos, que distinga o pensamento do autor do do leitor, ou seja, que integre e relacione ideias. Deste modo, procura-se que o leitor seja crítico nas suas leituras e que estas sejam realizadas de forma clara e precisa, relevante, profunda, complexa, lógica, conferindo-lhe significado e equidade (Paul & Eder, 2008).



Saber ler tornou-se, pois, condição indispensável para aceder a qualquer área do conhecimento, uma vez que é um indicador altamente transformador da sociedade. Além disso, ler é uma das maiores capacidades que o ser humano possui, sendo um recurso fulcral para que o indivíduo consiga obter sucesso. Porém, “ler é muito mais do que reconhecer uma sequência de palavras escritas (...), e aprender a compreender textos é o grande objetivo do ensino da leitura” (Sim-Sim, 2007). Assim sendo, leitores qualificados ao nível da leitura leem com um propósito, e não apenas por prazer. Logo, consoante a situação e o objetivo, a leitura tomará diferentes formas. Destacam-se alguns propósitos de leitura: partilha de prazer; compreensão de uma ideia simples; obtenção de informação técnica; *entrar*, perceber e apreciar um novo mundo; aprendizagem de novos conteúdos (Paul & Elder, 2008).

Quando lemos, estamos automaticamente a traduzir palavras em significados, da mesma forma que o autor de determinado texto expressou as suas ideias e experiências, por exemplo, em texto/palavras. Então, o que se pretende é que os indivíduos tenham a capacidade de agarrar nessas mesmas palavras do autor e (re)traduzi-las para o significado original do autor, utilizando as suas próprias ideias e experiências como auxílio (Paul & Elder, 2008).

Posto isto, é preciso aprender a ler para saber o que se lê e, por sua vez, para se aprender bem, tem que se ler bem, pois aprende-se a retirar o máximo de informação de determinado texto (Paul & Eder, 2008). Ler exige pensar sobre ler enquanto se lê; ler é entrar no mundo do autor; ler é entrar no pensamento do outro, o que requer, por parte do leitor, abertura a formas de pensamento diferentes da sua (Paul & Eder, 2008). Logo, a narrativa oferece a possibilidade de desenvolver uma compreensão que não é alcançável de outra forma, oferecendo uma experiência de “viver através de algo, não só apenas [d]o conhecimento das personagens” (Greenhalgh & Hurwitz, 1999).

No campo da *MN*, a aplicação da *LC* como *exegesis* da narrativa do doente procura assim que o “leitor” (o médico) consiga extrair um significado claro das palavras do doente (Charon, 2006, p.113).

Charon (2006, p.114) defende que o leitor deve analisar cinco aspetos do texto, estabelecendo uma relação entre palavras e o mundo do próprio texto. São eles: 1) estrutura, 2) forma, 3) tempo, 4) enredo, e 5) desejo. A estrutura é o primeiro passo do leitor ao tentar localizar o texto num espaço, num tempo e numa cultura. Já a forma requer algum treino prévio, dado tratar-se da identificação de aspetos um pouco mais específicos, como o género (novela, comédia, texto lírico), o narrador (íntimo, remoto, sético, julgativo) e a dicção (conversa, bíblica, casual). Relativamente ao tempo, este é o fator responsável por manter o fio condutor na narrativa, fazendo jus à ordem, à duração, ao tempo da história e ao tempo do discurso, por exemplo. O enredo remete para o quadro geral da história. Por fim, o desejo tem que ver com aspetos que satisfazem o leitor ao ler um texto, e é aqui que se distingue a *LC* da leitura casual (*casual reading*).

Além destes aspetos, Charon postula três componentes, que utiliza nas suas sessões de ensinamento de estratégias da comunicação e escrita de narrativas reflexivas. São eles: atenção, representação e afiliação (Charon, 2007). A atenção tem que ver com a presença do médico, com o registar das palavras e/ou silêncios do doentes; por outro lado, a representação permite compreender eventos complexos; e a afiliação pretende que médicos e enfermeiros façam da escrita narrativa um hábito de reflexão clínica (Charon, 2007). Por reflexão entenda-se o processo de exploração e examinação internas de um problema, desencadeado por uma experiência que cria e clarifica o significado em termos pessoais e que resulta em mudanças da perspetiva concetual (DasGuspta & Charon, 2004).

O estado de prestar atenção ao outro é complexo e exigente, visto que se traduz no esvaziar do eu para “receber o significado de outro eu”. Quando se fala em atenção, fala-se na

prestação de cuidados ao paciente, que requerem ouvi-lo antes de realizar o diagnóstico. Tal implica validar os acontecimentos relatados pelo paciente, através de mensagens que nem sempre são dadas de forma lógica e sequencial, cabendo ao médico organizar as informações, de modo a lhes conferir significado (Charon, 2006, p.133). Então, desenvolvendo esta capacidade de tomar atenção, a formação narrativa ajuda na compreensão dos acontecimentos. O processo de atenção e representação são recíprocos e simultâneos (Charon, 2006, p.135).

#### *A taxonomia SOLO – da Estrutura do Produto da Aprendizagem*

A Taxonomia SOLO (TSOLO – *Taxonomy of The Structure of the Learning Outcome*) constitui um sistema hierárquico de caracterização (em cinco níveis, como apresentado mais à frente) da qualidade de qualquer produto de aprendizagem (e.g. a resposta a uma questão sobre um texto lido) e emerge da necessidade de avaliar a qualidade daqueles produtos (Biggs & Tang, 2011). Muitas vezes, a meta dos estudantes que ingressam no ensino superior é apenas obter o diploma que lhes dá acesso ao mercado de trabalho, usando, portanto, uma estratégia de memorização de conteúdos. Ou seja, os estudantes preocupam-se em realizar uma tarefa com o mínimo de esforço (Biggs & Tang, 2011). É, então, urgente que as tarefas em sala de aula valham a pena para o estudante e que tenham algum significado para ele, de maneira a envolver-se ativamente (Biggs & Tang, 2011).

Assim se conclui que um bom ensino é aquele que encoraja os alunos a usarem níveis elevados de processamento cognitivo. Porém, a eficiência do ensino depende, em grande parte, da concepção que o aluno tem acerca do processo de aprendizagem (Biggs & Tang, 2011). De igual modo, destacam-se, também, o ambiente e o contexto de aprendizagem no

qual o aluno está inserido, pois o desenvolvimento e a aprendizagem humanos estão relacionados com a qualidade da aprendizagem dos indivíduos (Biggs & Collis, 1982).

Numa primeira análise, é preciso definir o que é a aprendizagem, sendo esta uma tarefa dupla, uma vez que implica a aquisição de novas informações e a assimilação destas com o conhecimento já existente. Para averiguar a qualidade da aprendizagem, pede-se-lhes que adquiram conhecimentos novos e que expliquem/digam o que aprenderam. Desde modo, avalia-se a quantidade de informação aprendida (*how much*) e quão bem (*how well*) esse mesmo conteúdo foi retido (Biggs & Collis, 1982).

Na teoria subjacente à TSOLO existem quatro pontos cruciais (Biggs & Collis, 1982): a *capacidade de memória de trabalho* que os diferentes níveis do produto de aprendizagem requerem, relacionada com a idade do sujeito; a *operação relacional*, que corresponde ao envolvimento do aluno na tarefa de aprendizagem; a *consistência e encerramento*, que dizem respeito à interpretação da aprendizagem por parte do aluno. Isto é, se o aluno tem como objetivo chegar a uma conclusão consistente ou apenas dar resposta a determinada questão. E a *estrutura*, que se ocupa da divisão entre informação relevante e superficial.

Posto isto, aplicada à leitura, a teoria subjacente à TSOLO tem por objetivo que os estudantes sejam capazes de expressar de forma clara e direta a mensagem que certo texto procura transmitir (Biggs & Collis, 1982). É de salientar que além deste objetivo, também se deseja que os estudantes façam o planeamento de ideias, variem o vocabulário e que tenham cuidado com a caligrafia, ortografia e pontuação (Biggs & Collis, 1982).

Especificamente, de acordo com a TSOLO considera-se que o produto de qualquer aprendizagem, como a resposta a uma questão sobre um texto lido, pode ser caracterizado num dos cinco níveis que a seguir se apresentam (Biggs & Collis, 1982). Num nível *pré-estrutural*, o estudante não fornece informação relevante, transmitindo exclusivamente a primeira ideia que lhe ocorreu. O nível *uni-estrutural* caracteriza-se por ser uma resposta que

refere apenas um aspeto relevante, sendo que a escrita é linear e simplista, e o cuidado com a ortografia e sintaxe são mínimos. Uma resposta de nível *multi-estrutural* faz referência a aspetos relevantes, mas sem qualquer relacionamento entre eles. Num nível *relacional*, o estudante refere (quase) todos os dados do texto lidos combinados entre si, embora o conteúdo seja limitado ao contexto particular do texto. Por último, num nível de *resumo alargado/abstrato* o aluno mostra que a informação do texto constitui um caso que faz parte de um princípio mais geral e, portanto, reconhece diferentes camadas de significado ao longo do texto. Além disso, revela criatividade no uso de técnicas para transmitir múltiplos significados, dando azo a um possível sentido metafórico e à extrapolação para outros assuntos relacionados/ligados ao conteúdo do texto, deixando em aberto uma conclusão.

Claro está que os níveis mais elevados da TSOLO são atingidos tendo por base as habilidades cognitivas superiores, motivações (intrínsecas) para a aprendizagem e estratégias profundas de aprendizagem (Biggs & Collis, 1982).

A teoria subjacente à TSOLO, em paralelismo com a *MN*, apresentada na sub-secção anterior, procura que o indivíduo consiga exteriorizar e expressar claramente para os outros o que texto lido transmite, de modo a que também os outros possam partilhar da sua reação afetiva (Biggs & Collis, 1982). Porém, para níveis mais elevados da TSOLO o interesse parece ser a chave de todo o processo (Biggs & Collis, 1982). Com um ensino que apele ao aprofundamento da compreensão de conteúdo e não tão afincadamente ao aumento de conhecimentos, os alunos conseguirão atingir níveis mais elevados da TSOLO, pois procura-se uma progressão qualitativa, e não quantitativa (Biggs & Tang, 2011).

A TSOLO pode ainda ser usada em diversas áreas e para diferentes fins. Por exemplo, pode ser usada para operacionalizar metas curriculares das disciplinas, para especificar desempenhos adequados, para ensinar componentes na ordem correta, tomada de decisões, comunicação social (Biggs & Collis, 1982).

O estudo empírico a seguir apresentado partiu da questão de investigação de até que ponto a aprendizagem de técnicas de análise de narrativas na temática da doença sugeridas pela *medicina narrativa* (i.e. a “leitura cerrada” e a “escrita reflexiva”) melhora a qualidade da leitura daquelas narrativas em estudantes universitários. Considera-se que o conhecimento da eventual eficácia das referidas técnicas constituirá um fundamento para a sua integração, quer no currículo de estudantes de medicina (na tradição das "humanidades médicas"), quer na intervenção preventiva de desenvolvimento do confronto com a doença, quer no aconselhamento de indivíduos em situação de doença. O estudo pretendeu, assim, avaliar os efeitos daquela aprendizagem na capacidade de análise daquelas narrativas, operacionalizada em termos da sua complexidade estrutural e medida pela TSOLO. Assim, procurou-se testar a hipótese de que a aprendizagem das técnicas de “leitura cerrada” e “escrita reflexiva”, aumenta, nos participantes, a complexidade estrutural da sua análise de textos literários na temática da doença. Por último, procurou-se, também, avaliar a experiência subjetiva dos participantes de participação na intervenção implementada e o seu impacto.

## **Método**

### *Desenho de Investigação*

De modo a atingir os objetivos enunciados no final da Introdução, o estudo empírico apresentado contou com três momentos distintos. No primeiro, realizado nas 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> semanas de Março, foi avaliada a complexidade estrutural da análise literária (variável dependente) de 18 participantes, a um conjunto de textos na temática da medicina. De seguida, nas 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> semanas de Abril, procedeu-se a uma intervenção de três sessões semanais (variável independente), com vista à aprendizagem de um método de análise literária por parte de nove daqueles participantes (o grupo experimental – sendo os restantes o grupo de controlo). Seguidamente, realizou-se uma segunda avaliação (de pós-intervenção) da complexidade estrutural de análise de textos literários na temática da medicina, por parte de todos os participantes. Finalmente, num 3<sup>o</sup> e último momento, realizou-se uma avaliação análoga (de *follow-up*), na 4<sup>a</sup> semana do mês de Maio, seguida de uma entrevista de grupo (com os participantes do grupo experimental), para avaliação da experiência de participação na intervenção.

### *Amostra*

A amostra global foi constituída por 18 estudantes universitários das áreas de Letras e Medicina (quatro rapazes e 14 raparigas, 22% sexo feminino, idade média das idades de cerca de 22,7 anos e desvio padrão de 4,55; 3<sup>o</sup> ano igual à média do ano curricular e 0,99 o desvio padrão).

O grupo experimental compôs-se por nove estudantes (dois rapazes e sete raparigas, 78% sexo masculino, idade média de cerca de 22,5 anos e desvio padrão de 3,68, a média do ano de curso é o 3º ano e 0,44 de desvio padrão). O grupo de controlo compôs-se por outros nove estudantes (dois rapazes e sete raparigas, 22% sexo feminino, a média das idades é de 22,8 anos e 5,51 de desvio padrão da idade, o 3º ano é média do ano de escolaridade e 1,36 de desvio padrão). A distribuição pelo grupo experimental e de controlo dos participantes foi aleatória.

### *Procedimento de avaliação*

Para avaliar a complexidade estrutural da análise literária dos participantes, utilizou-se um procedimento baseado no paradigma de avaliação proposto por Biggs e Collis (1982). Este paradigma envolve a categorização das respostas dos participantes a perguntas sobre textos previamente lidos. Esta categorização é feita localizando cada resposta num nível de uma taxonomia crescente (i.e. a “taxonomia SOLO”), que permite caracterizar a “complexidade estrutural” de qualquer produto de aprendizagem.

Os textos utilizados foram selecionados a partir de uma 1ª amostra de textos retirados da antologia “Contar (com) a Medicina” (Fernandes et al, 2015). Para a seleção, analisaram-se as características linguísticas destes textos, tendo para isso sido calculado, através do software Infleszv1.0 (Legibilidad.com, 2007), o seu número de palavras e frases e o seu índice de legibilidade Fernández-Huerta. Os resultados destes cálculos constam da Tabela 1.

Todos os textos utilizados (Anexos A-G) apresentam um conteúdo aberto que permite comentários que podem cobrir todos os níveis da taxonomia.



Na avaliação inicial (para a linha de base), foram utilizados três textos literários, com uma média de 638 palavras, 51 frases e um índice de legibilidade Fernandez-Huerta médio de 73,59.

Na avaliação pós-intervenção foram utilizados três textos literários, com uma média de 674 palavras, 47 frases e um índice de legibilidade Fernandez-Huerta médio de 72,38.

Na avaliação de *follow-up* foi utilizado um texto literário com 967 palavras, 67 frases e um índice de legibilidade Fernandez-Huerta de 72,12. As características linguísticas dos textos utilizados constam da Tabela 2.

Dois avaliadores independentes classificaram o nível de complexidade estrutural de cada comentário através de uma adaptação da Taxonomia SOLO (“Escala de Complexidade Estrutural do Produto de Aprendizagem”, Anexo H) e comparando-a com um leque de comentários tipo (Anexos I-O), propositadamente construídos, exemplificativos dos cinco níveis da taxonomia. Dado que se verificou desacordo somente em três dos 27 comentários, o grau de confiança foi de 88,9%. Assim, para um primeiro nível (resposta pré-estrutural), o comentário não contém qualquer tipo de informação relevante. Para o nível seguinte, comentário uni-estrutural, o comentário apresenta apenas uma informação relevante. Já o comentário multi-estrutural abarca várias informações relevantes, contudo, não relacionadas entre si. O comentário relacional enumera várias informações explicativas e relevantes relacionadas entre si. Por último, o comentário abstrato (nível 5), é semelhante ao comentário de tipo relacional, mas inclui elementos generalizáveis a outros conteúdos não presentes no texto. Posteriormente, os comentários tipo foram validados por um avaliador que trabalha com a taxonomia SOLO. Esta validação foi realizada sem o avaliador saber previamente quais os níveis de resposta pretensamente subjacentes aos comentários tipo, de forma a estabelecer essa correspondência.

Tabela 1

*Características linguísticas da 1ª amostra de textos para avaliação*

Nº	Título	Texto			Nº de palavras	Nº de frases	Índice de legibilidade F.H.	
		Autor	Tipo	Parte do livro			Pontuação	Legibilidade (1)
1	Lydia Cassatt	Harriet Scott Chessman	Romance	Doentes	603	31	76.85	5
2	Comendo romãs	Sarah Gabriel	Romance	Doentes	1447	157	78.97	5
3	A morte de um apicultor	Lars Gustafsson	Romance	Doentes	369	50	82.56	5
4	Hospital silêncio	Nicole Malinconi	Romance	Doentes	401	32	77.80	5
5	Tristão	Thomas Mann	Novela	Doentes	877	38	58.58	3
6	O horlá	Guy de Maupassant	Novela	Doentes	296	17	61.38	3
7	Conhecimento fortuito	Adolf Muschg	Conto	Doentes	2323	141	72.67	4
8	Diário de um corpo	Daniel Pennac	Romance	Doentes	486	37	77.89	5
9	As anotações de Malte Laurids Brigge	Rainer Maria Rilke	Romance	Doentes	967	67	76.28	5
10	Némesis	Phillip Roth	Romance	Doentes	761	47	75.13	5
11	Naúsea	Jean-Paul Sartre	Romance	Doentes	966	90	81.23	5
12	Menina Else	Arthur Schnitzler	Novela	Doentes	711	125	98.42	7
13	Cavalo pálido, pálido cavaleiro	Katherine Anne Porter	Conto	Doentes	1306	64	65.66	4
14	De alma e coração	Maeve Binchy	Romance	Cuidadores	1494	157	82.72	5
15	A peste	Albert Camus	Romance	Cuidadores	597	40	68.00	5
16	Castelos perigosos	Louis-Ferdinand	Romance	Cuidadores	645	87	81.98	6
17	Um caso da prática médica	Anton Tchékhov	Conto	Cuidadores	683	60	83.75	5
18	Um médico rural	Franz Kafka	Conto	Cuidadores	606	61	86.90	6
19	A meningite e a sua sombra	Horacio Quiroga	Conto	Cuidadores	337	14	74.93	5
20	O pavilhão dos cancerosos	Alexander Soljenítsin	Romance	Cuidadores	1623	92	62.08	3
21	A versão de Roger	John Updike	Romance	Cuidadores	1821	155	79.57	5
22	Dilacerado	Henry Bauchau	Romance	Família	527	23	62.44	3
23	Um certo conforto	Raymond Carver	Conto	Família	2025	222	88.05	6
24	Cheiro a crisântemos	D. H. Lawrence	Conto	Família	826	86	78.42	5
25	Referencial	Lorrie Moore	Conto	Família	1221	92	76.01	5
26	O outro lado da montanha	Alice Munro	Conto	Família	1388	121	77.82	5
27	Um menos um	Colm Tóibín	Conto	Família	1390	96	68.53	4
28	Os manifestantes	Eudora Urquhart	Conto	Família	1033	103	87.07	6
29	A obra ao negro	Marguerite Yourcenar	Romance	Família	860	63	76.68	5

(1) Correspondência entre a pontuação de um texto no Índice Fernández-Huerta e a legibilidade do texto:

1. 0-30 Muito difícil;
2. 30-50 Difícil;
3. 50-60 Bastante difícil;
4. 60-70 Normal;
5. 70-80 Bastante fácil;
6. 80-90 Fácil;
7. 90-100 Muito fácil.

Foi calculado o grau de acordo inter-avaliadores (acordos/acordos+desacordos) para todas as avaliações. Nos casos em que houve desacordo, o grau de acordo foi resolvido por discussão entre os avaliadores ou, em último caso, por recurso a um terceiro avaliador. O grau de confiança foi de, aproximadamente, 97,4%.

Tabela 2

*Características linguísticas dos textos selecionados*

		Antes da Intervenção				Depois da Intervenção				<i>Follo w-up</i>
		Texto 1	Texto 8	Texto 24	M/ DP	Texto 4	Texto 10	Texto 29	M/ DP	Texto 9
Extensão	Nº palavras	603	486	826	638. 3/ 172. 73	401	761	860	674 /24 1.55	967
	Intervalo de classe	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Índice F.H.	Pontuação	76.85	77.89	78.42	77.7 2/ 0.80	77.80	75.13	76.68	76.5 4/ 1.34	76.28
	Legibilidade	5	5	5	5	5	5	5	5	5

Todos os textos foram apresentados aos participantes e estes leram-nos de modo a, posteriormente, responderem, por escrito, à questão “De que trata o texto?”.

Neste sentido, realizou-se uma sessão para este primeiro momento com duração aproximada de 1 hora e 30 minutos. Este tempo foi o suficiente para a leitura de três textos e resposta à questão supramencionada para cada um deles. Foi dito aos participantes que o importante não era perceber todas as palavras do texto na sua íntegra, mas sim que compreendessem a mensagem geral do mesmo. Ou seja, três linhas de resposta podiam ser

tão bem ou melhor avaliadas que 30 linhas de resposta, e vice-versa. Desta forma, foi explicado que não existiam respostas certas nem erradas, sendo que o que se pretendia era que dessem a conhecer a sua interpretação acerca do texto. Assim, os textos foram dados aos participantes, um de cada vez, com intervalo entre eles, de modo a que se conseguissem abstrair da informação do texto anterior e se concentrassem totalmente na leitura do texto apresentado. Para cada texto, os sujeitos dispunham de cerca de 30 minutos para ler o texto e responder, por escrito, à questão.

Os materiais utilizados neste primeiro momento foram os três textos (“Lydia Cassatt”, “Diário de um corpo”, “Cheiro a crisântemos”) e uma folha de rascunho para cada texto, para escreverem a resposta. No próprio texto, os alunos podiam sublinhar e/ou escrever livremente.

Após a realização das sessões de intervenção, sucedeu-se um segundo momento de avaliação da complexidade estrutural da análise literária dos participantes, em que cada um teria que ler três textos (“Hospital silêncio”, “Nêmesis” e “A obra ao negro”) e responder, novamente, à questão: “De que trata o texto?”. O objetivo deste segundo momento foi o de observar as diferenças entre o primeiro e este segundo momento, sendo que o Grupo Experimental participou numa intervenção para introdução de técnicas de interpretação de textos literários e o Grupo Controlo não.

Cerca de três semanas depois, fez-se a 3ª avaliação (“follow up”). Esta sessão realizou-se com o objetivo de avaliar novamente a variável dependente, de modo a observar-se a eventual manutenção de possíveis mudanças provocadas pela intervenção. Assim, a sessão decorreu nos mesmos moldes que as 1ª e 2ª avaliações, isto é, leitura de texto e resposta à pergunta “De que trata o texto?”, mas, desta vez, apenas com um texto literário – “As anotações de Malte Laurids Brigge”.

No final, foram realizadas duas entrevistas distintas de grupo focal ao grupo experimental: uma para os estudantes de Letras e outra para as estudantes de Medicina.

As entrevistas tiveram o propósito de avaliar a percepção dos voluntários sobre a intervenção e seu impacto. Os guiões de entrevista (Anexos P e Q) foram construídos de forma a contemplar questões o mais abertas possível, com o objetivo de não limitar nem enviesar as respostas dos participantes. As entrevistas iniciaram-se com uma questão inicial, para que os participantes se expressassem livremente acerca da experiência de intervenção. De seguida, abordaram-se as mudanças eventualmente provocadas pela intervenção. O tema das mudanças foi abordado em termos gerais e em termos de subtemas específicos que variaram entre os estudantes de Letras e de Medicina. Os subtemas para os estudantes de Letras foram os do eventual impacto: na condição de utente de cuidados de saúde, na atenção a essa mesma condição, na relação com os cuidadores de saúde, na compreensão da condição enquanto doente/utente de cuidados de saúde, na colaboração com o cuidado prestado por cuidadores de saúde e, por fim, na identidade como doente/utente dos cuidados de saúde. Os subtemas para os estudantes de Medicina foram os do eventual impacto: na atividade profissional, na capacidade de análise dos discursos dos doentes, na relação com os doentes, na capacidade de diagnóstico, no tratamento prestado aos doentes e, por último, na própria identidade profissional. Seguidamente, para ambos os grupos, questionaram-se os aspetos positivos e negativos da experiência de intervenção. Ainda neste sentido, foram pedidas algumas sugestões de melhoramento da intervenção. Em conclusão, colocou-se uma questão final, para complementar algo que não se tivesse referido anteriormente.

### *Procedimento de intervenção*

O procedimento de intervenção consistiu na aprendizagem e utilização, pelos participantes, de um método de análise literária baseada na “leitura cerrada” e na “escrita reflexiva”, à qual foram introduzidos, através de três sessões com objetivos concretos para cada uma delas, por um período de quatro semanas, durante o horário letivo, que decorreram nas instalações da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa. As sessões foram conduzidas e animadas por uma especialista na área, docente daquela faculdade, com experiência de ensino do referido método de análise literária e no âmbito da *Medicina Narrativa* (a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cecília Beecher) e foram observadas para registo e descrição do seu teor, que a seguir se apresenta. Sendo a Professora de origem irlandesa, os textos escolhidos estavam escritos na língua inglesa, de modo a assegurar o à-vontade e confiança da animadora. Mais se informa que os participantes foram avisados antecipadamente da situação.

#### *1ª Sessão*

Esta sessão teve os seguintes objetivos: introduzir as técnicas de “leitura cerrada” e “escrita reflexiva”; encorajar os participantes a formarem conexões individuais com os textos e discuti-los; ensinar os participantes a compreender o uso de recursos estilísticos; e instruir a “escrita reflexiva” através da prática. Para tal, foi usado um excerto do livro “The Whereabouts of Eneas McNulty” de Sebastian Barry, de 1998<sup>1</sup> (pp. 228-231)<sup>2</sup>. Este texto foi escolhido porque mostra a doença – ataque de epilepsia – vista do lado de fora.

---

<sup>1</sup> Harcourt sofre um ataque epilético e é auxiliado por McNulty e Benson.

<sup>2</sup> Os excertos dos textos utilizados na Intervenção podem ser consultados nos Anexos R, S e T

A sessão durou cerca de 90min e cumpriu os objetivos previamente estabelecidos. Relativamente aos materiais, foi utilizado apenas o excerto do livro, uma caneta e papel, por participante. Esperava-se que os participantes apreciassem a leitura do texto, tivessem uma visão de como os textos literários são enriquecidos por recursos narrativos utilizados pelo narrador e que desenvolvessem as suas capacidades de escrever e falar sobre problemas relacionados com a temática da doença e bem-estar do ser humano.

Pretendia-se que a sessão fosse algo semelhante àquilo que Rita Charon realiza nos seus *workshops* de *Medicina Narrativa* (e.g. “Narrative Medicine Teaching Methods: close reading, attentive listening”, realizado na Faculdade de Letras a 30 de Outubro de 2015). Neste sentido, a animadora começou por referir que “What is said in the room, stays in the room” (O que é dito nada sala, fica na sala). De seguida, referiu-se que um dos objetivos acrescentados da sessão era que os participantes tivessem gozo ao lerem os textos. Sem mais demoras, houve uma breve apresentação dos presentes, pois os participantes não se conheciam todos entre si, em que cada um disse o seu nome e o curso que frequentava.

Foi então distribuído o excerto do livro de Barry por todos, fazendo-se um pequeno enquadramento do mesmo, sem referir o enredo ou qualquer personagem. No final, acrescentou-se uma folha branca, para que os participantes pudessem praticar a técnica de escrita reflexiva. O texto foi lido em voz alta pela animadora, num tom calmo e sereno, que, de início, sugeriu aos participantes sublinharem e/ou tirarem notas, à medida que lia o texto, dos aspetos que lhes parecessem mais relevantes. Concluída a leitura, explicou-se que o texto era um pouco mais longo do que o habitual para uma primeira sessão, mas que dada a sua riqueza literária era, no entanto, um bom texto para o começo. Logo depois, os participantes foram convidados a participar, em português ou inglês, conforme se sentissem mais confortáveis, referindo o que tinham destacado e porquê, fazendo uma breve referência à relação estabelecida com o texto. No começo, um pouco retraídos em participar, os

participantes foram chamados pelo nome, para referirem aquilo que tinham sublinhado/anotado e porquê. Aqui, os destaques foram, no geral, idênticos, uma vez que o texto suscitou interpretações semelhantes entre os participantes, tais como o uso de palavras violentas e, ao mesmo tempo, palavras suaves para descrever a situação. De modo a dar algum sentido a este aspeto, a animadora referiu que são técnicas usadas pelos escritores para chamar a atenção do leitor. Além disso, fez referência ao facto de cada um criar diferentes *relações* (conexões) com os textos, até porque o narrador fala com e de diferentes personagens. Consequentemente, foi manifestado interesse, por parte dos participantes, em saber quem eram as personagens e que elos de ligação mantinham. Houve ainda quem referisse o facto de o narrador apresentar uma situação desconfortável de forma suave e quase irónica de observar.

De seguida, foi focada, mais uma vez, uma técnica de escrita empregue pelo narrador: a de recorrer à repetição de uma palavra para chamar a atenção de determinada situação.

Seguidamente, foi lançado o desafio da escrita reflexiva, em que a animadora lançou uma frase com o propósito de introduzir a temática da escrita: “No one minds illness invisible”. Lançado o mote, foi pedido aos participantes que escrevessem livremente, numa folha branca fornecida previamente, sobre o tema. A expressão escrita podia ser em forma de texto (literário), como também poderia ser algo composto por apenas uma ou breves frases. Texto esse que poderia, também, ser escrito em verso, prosa, não deixando de lado a hipótese de ser escrito um texto não literário (e.g.: casos, piadas, notícias). Ainda, o tema lançado poderia ser a primeira frase do texto, bem como a última, ou algo intrometido no corpo da reflexão, mas, também, poderia não constar no resultado escrito do participante. Foram dados 5 minutos para a tarefa, em que, quando o tempo acabou, se disse “Podem agora terminar a frase que estão a escrever”. Após a finalização do texto, foi aberta a possibilidade de os participantes lerem o seu texto, sem se pedir a alguém em específico que lesse, dado tratar-se



de algo pessoal. Como tal, a animadora leu o seu texto, de modo a incentivar os participantes a colaborar na conversa. Neste sentido, pretendia-se criar uma conversa acerca do tema sugerido, entre os participantes, de modo a criar debate sobre as ideias lançadas. Quem quisesse, poderia ler o seu próprio texto em voz alta. Porém, sem sucesso, convidou-se alguns participantes, em particular, para a conversa.

Em jeito de conclusão, foi explicado que a técnica de “leitura cerrada” pretende que os leitores se envolvam na sua própria escrita, dando azo a diferentes pensamentos e ideias. Ou seja, pretende-se que, além da interpretação do texto em si, os leitores também sejam capazes de identificar diferentes recursos estilísticos, diferentes narradores e diferentes formas de usar a linguagem (e.g. ironia, sarcasmo).

Por fim, foram ajustados alguns pormenores logísticos da sessão seguinte, tais como a hora de começo e duração da sessão.

## *2ª Sessão*

A 2ª sessão teve como objetivos a continuação do trabalho anterior incidente na leitura cerrada e escrita reflexiva, encorajando os participantes a criarem conexões com os textos; demonstrar que os autores também usam figuras de discurso em textos aparentemente simples e diretos; desenvolver competências de análise relacional e abstrata; e praticar a escrita reflexiva. Tal como na 1ª, também nesta sessão se esperava que os participantes apreciassem a leitura do texto literário, reconhecessem as figuras de discurso utilizadas no texto e que desenvolvessem as suas capacidades de escrita e fala, no que toca a problemas relacionados com doença e bem-estar.

Posto isto, tal como sucedido na sessão anterior, a animadora frisou que o que se passa dentro da sala, fica dentro da sala, de modo a que os participantes se sentissem à vontade e

confiantes nas suas intervenções. Procedeu-se, de seguida, à leitura, em voz alta, por um dos participantes, de um pequeno excerto retirado do livro “Heart and Soul” de Maeve Binchy<sup>3</sup> (2008, pp. 254-256), que retrata a experiência de um ataque de coração vivida pela própria pessoa. Enquanto isso, os participantes iam tomando notas e fazendo sublinhados nas partes que achavam mais importantes. De seguida, surgiram questões como “o que acontece depois?” e “que idade tinham os personagens?”. Neste sentido, a animadora convida os sujeitos a participar e, se assim quiserem, darem o seu parecer relativamente às questões levantadas, havendo ainda espaço para se referirem às interação que estabeleceram com o texto durante a leitura. Além disso, são também feitas algumas comparações com o primeiro texto, uma vez que, segundo os participantes, o segundo texto é mais objetivo, mais pormenorizado e mais chocante, ao nível emocional. Após este debate, são dados a conhecer alguns truques utilizados pelo autor, como o uso de exclamações e a não finalização de frases para enfatizar as mesmas. Salientou-se o facto de os truques serem utilizados naturalmente, quando os autores não conseguem colocar em palavras os seus sentimentos, nos campos de escrita fictícia, o que poderá ajudar os médicos a perceber melhor o que se passa com os pacientes. Ao mesmo tempo, os sujeitos foram referindo algumas frases do texto que lhes *tocaram* de uma forma mais íntima ou mais “querida”.

Seguidamente, a animadora explicou brevemente a história, de modo a enquadrar os participantes, dado ter-se verificado uma curiosidade e interesse gerais. Sem mais demoras, foi lançado o *prompt* “Life as they knew it was over”, com o objetivo de se escrever a partir dele e continuar a história do texto em questão. É de salientar que todos colocam as suas ideias por escrito, com a estrutura que cada indivíduo achar mais confortável para si, inclusive a animadora, no período de 5 minutos. Quando o tempo se aproximava do final, a

---

<sup>3</sup> Aidan e Nora, um casal idosos, vão a uma loja de livros em segunda-mão num sábado de manhã. Aidan sofre um ataque de coração.

animadora sugeriu que os participantes concluíssem a ideia que tinham iniciado, de maneira a não perderem o raciocínio e terminar as suas últimas frases.

Por último, realizou-se a tarefa de debate acerca dos textos escritos por cada participante, fazendo-se também uma comparação com o texto escrito na primeira sessão. Além disso, a animadora colocou as seguintes questões: “tentaram resolver a situação?”; “deram um final ao texto?”; “qual gostaram mais?” e “qual foi mais difícil?”, para compreender um pouco melhor qual a direção tomada pelos participantes no produto escrito.

### *3ª Sessão*

A terceira e última sessão teve como objetivo específico alertar os participantes para os recursos literários que os escritores colocam nos textos para criar humor. Pretendia-se que os participantes, tal como nas sessões anteriores, apreciassem a leitura do texto literário, desenvolvessem capacidades escritas e orais acerca de problemas relacionados com doença e bem-estar e que estimulasse a capacidade de análise relacional e abstrata. Assim sendo, a sessão iniciou-se com o convite a um dos participantes para ler, em voz alta, o excerto retirado do livro “The English Patient” de Michael Ondaatje<sup>4</sup> (2004, pp. 3 e 4), que faz alusão à relação entre cuidador e paciente. Além disso, a animadora fez recomendações em relação à leitura, tais como ler pausadamente e dar voz às diferentes personagens.

À medida que a leitura do texto decorria, foi pedido aos participantes, mais uma vez, que destacassem os pontos mais relevantes, para serem posteriormente debatidos. Além disso, cada participante referiu a sua interação/ligação com o texto.

---

<sup>4</sup> Hana, que tem por missão cuidar de um paciente com queimaduras graves, deixa um jardim e segue para um quarto pintado como se fosse também um jardim.

De seguida, os participantes colocam algumas questões: “o que acontece?”; “o que se passa nesta cena?”; “onde se passa a cena?”. Este terceiro texto suscitou especial interesse e debate entre os participantes, pelo que ficaram muito curiosos em relação ao enquadramento do excerto no livro. Assim, a animadora desvendou alguns pontos acerca do enredo e dos personagens. Seguidamente, foram destacados alguns pontos-chave do texto, tais como a alusão a Cristo, que revela sofrimento físico, sacrifício e pena, o destaque para dois jardins diferentes, a relação entre os espaços de cena, bem como as diferenças entre culturas.

É de salientar que foi dada especial ênfase às figuras de discurso presentes no texto. Isto é, ao facto de o autor escolher certas terminologias para tornar o texto mais interessante e destacar o que pretende, fazendo uso de metáforas.

Seguidamente, foi lançado o mote para prática da escrita reflexiva: “Opening my eyes”. Inicialmente, o *prompt* seria “A room of care”, mas surgiram dúvidas por parte dos participantes, dado não compreenderem exatamente o contexto. É de salientar que, tal como sucedido nas sessões anteriores, os participantes colocaram as suas ideias por escrito no formato que lhes fosse mais confortável – texto literário ou não literário, português ou inglês – num tempo máximo de 5 minutos. Quase no final do tempo, a animadora sugeriu que os participantes terminassem a frase que tinham iniciado, seguindo-se o debate sobre os textos.

Em conclusão, foram feitos alguns agradecimentos informais e um breve resumo dos textos utilizados nas sessões.

### *Procedimento de processamento dos dados*

Relativamente à variável dependente da intervenção (i.e. a Complexidade Estrutural da Análise Literária dos participantes do grupo experimental), comparou-se os valores médios de cada participante no 2º momento de avaliação (pós-intervenção) com os do 1º momento

(antes da intervenção), para analisar a variabilidade (i.e. quantos aumentaram a complexidade estrutural da análise literária, quantos reduziram e quantos mantiveram) e a magnitude da mudança (diferença entre as duas médias).

Para os casos em que os valores aumentaram com a intervenção, comparou-se os valores médios de antes da intervenção como os de *follow-up*, para analisar o número de casos em que esta mudança se manteve e em que os valores reduziram.

Para uma análise visual dos dados graficou-se ainda o nº de casos em que a variável dependente aumentou, reduziu e manteve (nos casos em que aumentou).

Relativamente à Complexidade Estrutural da Análise Literária dos participantes do grupo de controlo, realizaram-se as mesmas comparações, para um contraste com os padrões observados no grupo experimental.

As respostas às entrevistas foram submetidas a uma análise de conteúdo que envolveu, primeiramente, uma segmentação dedutiva do discurso em unidades de acordo com os temas das entrevistas. Como já supramencionados, são eles: *mudanças*, *aspetos positivos*, *aspetos negativos* e *sugestões*. As unidades de *mudanças* foram depois categorizadas dedutivamente nos subtemas daquele tema. De seguida, procedeu-se à categorização indutiva das unidades de cada tema/sub-tema de modo a chegar a um sistema de categorias (apresentado na secção de Resultados) utilizado, posteriormente, para categorizar novamente cada uma das unidades.

A validade do sistema de categorias foi estudada através da sua aplicação a 100% das unidades segmentadas por um analista independente, resultando num grau de acordo inter-analistas (acordos/acordos+desacordos) de 97,1%.

## Resultados

### *Complexidade estrutural da análise literária*

Como referido anteriormente, a análise da Complexidade Estrutural da Análise Literária (CEAL) das respostas aos textos lidos nos três momentos de avaliação (i.e. antes da intervenção, após a intervenção e *follow-up*) foi realizada tendo como referência os níveis de complexidade estrutural da Taxonomia SOLO (Biggs & Collis, 1982).

Na Tabela 3 observam-se as diferenças nos vários momentos de avaliação do Grupo Experimental. Contata-se que houve apenas um caso em que ocorreu a diminuição do nível médio da CEAL e apenas dois casos em que se manteve, após a intervenção. Nos restantes casos (6), houve um aumento de nível médio após a intervenção. Destes, todos aumentaram o seu nível de CEAL do primeiro para o último momento de avaliação.

A Tabela 4 discrimina os três momentos de avaliação dos estudantes pertencentes ao Grupo Controlo. Neste grupo, observa-se que dois participantes mantiveram o nível médio de CEAL, quatro aumentaram e três diminuíram após a intervenção. Note-se ainda que seis participantes do grupo de controlo aumentaram o nível médio de CEAL do 1º momento de avaliação para o *follow-up*.

Pode ainda consultar-se, no Gráfico 1, uma síntese do número de participantes do grupo experimental/controlo que aumentou (6/5), manteve (2/2) e reduziu (1/2) o nível médio de CEAL após a intervenção.

Tabela 3

*Complexidade Estrutural da Análise Literária – Grupo Experimental*

Caso	Momento de avaliação								
	Antes da Intervenção				Após a Intervenção				Follow-up
	C1	C2	C3	M	C4	C5	C6	M	
1	4	3	3	3	4	4	4	4>	4>
2	4	1	4	3	5	5	5	5>	5>
3	4	2	4	3	3.5	4.5	3	4>	4>
4	1	2	5	3	3	4.5	5	4>	4>
5	4	4	5	4	4.5	3	4.5	4=	4=
6	5	4	5	5	4	4.5	4.5	4<	4<
7	4	4	4	4	5	5	4	5>	4.5>
8	4	4	4	4	4	4	4	4=	4=
9	3	2	2	2	4	5	4.5	4.5>	4.5>

C: Complexidade estrutural da análise literária (1 a 5)

M: Média da Complexidade estrutural da análise literária (1 a 5)

=: igual a antes da intervenção

&gt;: maior a antes da intervenção

&lt;: menor a antes da intervenção

Estudantes de Letras: 1 a 7; Estudantes de Medicina: 8 e 9

Tabela 4

*Complexidade Estrutural da Análise Literária – Grupo Controlo*

Caso	Momento de avaliação								
	Antes da Intervenção				Após a Intervenção				Follow-up
	C1	C2	C3	M	C4	C5	C6	M	
1	3.5	2.5	2	3	3	3	3	3=	3.5>
2	3	4	3	3	4	4	4	4>	3=
3	4	4	2	3	3	2	3.5	3=	4>
4	2	1	2	2	4	2	3	3>	3>
5	4	3	4	4	1	2	2	2<	4=
6	5	4	5	5	4	4	4	4<	4<
7	4	2	3	2	4	4.5	4	4>	4>
8	4	2	2	3	4	5	4	4>	3.5>
9	3	2	4	3	4	4	4	4>	4>

C: Complexidade estrutural da análise literária (1 a 5)

M: Média da Complexidade estrutural da análise literária (1 a 5)

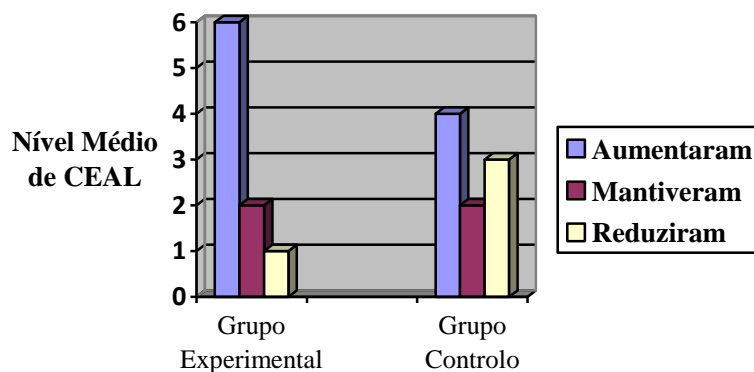
=: igual a antes da intervenção

&gt;: maior a antes da intervenção

&lt;: menor a antes da intervenção

Estudantes de Letras: 1 a 7; Estudantes de Medicina: 8 e 9

*Gráfico 1: Complexidade Estrutural da Análise Literária (CEAL) – Número de participantes do grupo experimental e de controlo que aumentou, reduziu e manteve o nível médio de CEAL após a intervenção*



#### *Percepção da intervenção e seu Impacto*

A análise dos resultados da experiência de participação no estudo pelos participantes dos grupos experimentais pode ser feita a partir das Tabelas 5 e 6, que apresentam os temas e subtemas utilizados na segmentação das respostas às entrevistas, assim como as categorias encontradas aquando da categorização das unidades segmentadas, seguidas de excertos de respostas ilustrativos para cada uma delas.

Começaremos por apontar as mudanças resultantes da intervenção referidas pelo grupo dos estudantes de Letras. As mudanças indicadas ao nível da leitura prendem-se com aspetos na melhoria da leitura em geral, bem como na melhoria da atenção, análise, compreensão e reflexão dos textos lidos. Por sua vez, no domínio da escrita as diferenças revelaram-se numa melhoria geral e no aumento de citações a fontes consultadas. É de salientar que um dos participantes referiu que embora tenham havido mudanças na atenção ao texto, não implica que as mesmas sejam visíveis em produtos escritos. Relativamente aos subtemas de transferência e condição, os participantes não referiram mudanças para os mesmos.



Verificaram-se mudanças de aumento na atenção à condição de doente e na atenção à relação médico-doente. Ainda no subtema da relação, surgiu a categoria de facilitação, que diz respeito a um aumento da motivação, para a facilitação da relação com cuidadores de saúde. Além disso, no subtema compreensão, foi mencionado o aumento da valorização em compreender a condição de doente ou utente de cuidados de saúde, surgindo, assim, a categoria valorização. Por último, nos subtemas colaboração e identidade, não surgiram mudanças, por parte dos participantes.

No que toca aos aspetos positivos da intervenção, emergiram as categorias discussão, grupo, opinião e cursos. Ou seja, os estudantes de Letras expressam, respetivamente, que os pontos fortes tinham sido a discussão dos textos, a experiência de estar em grupo, a possibilidade de expressar e ouvir opiniões e a presença de estudantes de outros cursos.

Relativamente aos pontos negativos, foi mencionada a excessiva quantidade de textos lidos, o que prejudicava o desempenho na tarefa, desencadeando momentos de fadiga.

Em relação às sugestões, os participantes de Letras explicaram que seria positivo estender o número de sessões relativas à intervenção. Sugeriram ainda uma redução das tarefas no primeiro momento de avaliação e acrescentar a discussão dos textos como tarefa de avaliação.

Tabela 5

*Sistema de categorias da experiência de participação (estudantes de Letras)*

<b>Temas</b>	<b>Subtemas</b>	<b>Categorias</b>	<b>Excertos ilustrativos</b>
Mudanças	Geral	-	-
	Leitura	Leitura – Geral (melhoria na leitura do texto)	“Sim, a análise de textos em geral mudou um pouco.”
		Atenção (melhoria na atenção ao texto)	“Estou mais atenta à repetição de palavras.”
		Análise (melhoria na análise do texto)	“Sim, a análise de textos em geral mudou um pouco.”
		Compreensão (melhoria na compreensão do texto)	“Acho que já faço uma tradução melhor do que o texto quer dizer.”
		Reflexão (melhoria na reflexão sobre o texto)	“(…) já reflito durante mais tempo sobre o assunto.”
	Escrita	Escrita – Geral (melhoria geral na escrita)	“Sim, [mudei] no domínio da escrita.”
		Citação (aumento da importância de citar fontes consultadas)	“Acho que é importante citar.”
	Transferência	-	-
	Condição	-	-
	Atenção	Atenção (aumento da atenção à condição de doente ou utente de cuidados de saúde)	“(…) fico mais alerta para as coisas que se passam/passarão comigo [como doente ou utente de cuidados de saúde].”
		Relação – Atenção (aumento da atenção na relação com os cuidadores de saúde)	“(…) vou estar mais atento às questões que o médico me faz.”
	Relação	Facilitação (aumento da motivação para facilitar a relação com os cuidadores de saúde)	“Tentaria facilitar a relação médico-paciente.”
		Valorização (aumento da valorização em compreender a condição de doente ou utente de cuidados de saúde)	“Acho que é importante ser consciente, ter ideia do que se tem.”
	Colaboração	-	-
	Identidade	-	-
Positivos		Discussão (a discussão dos textos lidos)	“Eu acho que [o ponto forte] foi a discussão de textos (...).”
		Grupo (a experiência de estar em grupo)	“(…) estarmos todos juntos.”
		Opinião (a possibilidade de expressar e ouvir opiniões)	“Eu podia dar a minha opinião.”

(continuação da Tabela 5)

<b>Temas</b>	<b>Subtemas</b>	<b>Categorias</b>	<b>Excertos ilustrativos</b>
		Cursos (a presença de participantes de diferentes cursos)	“Eu gostei que houvesse variedade de cursos.”
Negativos		Textos (a excessiva quantidade de textos lidos)	“Eram muitos textos de cada vez.”
Sugestões		Extensão (aumento da extensão da intervenção)	“Podia-se alargar a parte da intervenção.”
		Avaliação (redução das tarefas de avaliação)	“Talvez apenas 2 textos na 1ª sessão [de avaliação].”
		Avaliação – Discussão (discussão dos textos utilizados nas tarefas de avaliação)	“Podia ter havido uma discussão entre todos sobre os textos”

Apontaremos de seguida as mudanças resultantes da intervenção referidas pelo grupo dos estudantes de Medicina. Para além da referência a uma mudança geral, estes estudantes mencionaram mudanças ao nível da consciência da prática de leitura, da melhoria da atenção ao texto, no aumento da motivação para a leitura e na consciência do hábito de escrita. Seguidamente, não foram mencionadas mudanças ao nível da atividade. Já no subtema análise, os participantes revelaram ter havido mudanças na melhoria da interpretação dos discursos dos doentes.

No subtema da atenção, houve referência a mudanças gerais na atenção, mudanças no aumento da atenção ao doente como um todo, e mudanças no aumento da atenção ao discurso dos doentes. No que toca à relação, foram referidas mudanças gerais na relação com os doentes, bem como na empatia para com os doentes. No diagnóstico, foram referidas mudanças gerais. No tratamento, as mudanças referidas são as de uma personalização do tratamento prestado aos doentes, bem como um tratamento mais holístico do doente. Por fim, apuraram-se mudanças na flexibilização e humanização da identidade profissional.

No que concerne os aspetos positivos, também este grupo refere a apreciação pelas sessões em grupo e pela presença de participantes de outros cursos, juntando-se, ainda, o gosto pelas tarefas de leitura e escrita. Como aspetos negativos, foram apontados a curta duração da experiência e a presença de poucos estudantes de medicina.

Por fim, os participantes de Medicina sugeriram aumentar o número de participantes deste curso, uma maior divulgação do projeto, aumentar a extensão das sessões de intervenção e, ainda, a possibilidade de realizar a tarefa de leitura dos textos para avaliação em casa.

Tabela 6

*Sistema de categorias da experiência de participação (estudantes de Medicina)*

<b>Temas</b>	<b>Sub-temas</b>	<b>Categorias</b>	<b>Excertos ilustrativos</b>
Mudanças	Geral	Mudança geral	“Encontrei uma maneira diferente de ver as coisas.”
		Consciência leitura (consciência da prática de leitura)	“Percebi que já não leio.”
	Leitura	Atenção (melhoria na atenção ao texto)	“(…) agora reparo mais em coisas pequenas.”
		Motivação (aumento da motivação para a leitura)	“(…) deu-me vontade de ler.”
	Escrita	Consciência escrita (consciência do hábito de escrita)	“Pura e simplesmente, não escrevemos.”
	Atividade	-	-
	Análise	Interpretação (melhoria na interpretação do discurso dos doentes)	“Pela maneira de interpretar o que as pessoas dizem”
		Atenção – Geral (aumento geral da atenção)	“Mudou chamar-me a atenção algumas coisas.”
	Atenção	Sistémica (aumento da atenção ao doente no seu todo)	“(…) a pessoa não é só palavras, há sempre mais qualquer coisa.”
		Atenção – Discurso (aumento da atenção ao discurso dos doentes)	“Vou ouvir com mais atenção.”
	Relação	Relação – Geral	“Ajudou-me a lidar com os doentes”

(continuação da Tabela 6)

<b>Temas</b>	<b>Sub-temas</b>	<b>Categorias</b>	<b>Excertos ilustrativos</b>
		(melhoria na empatia com os doentes)	
	Diagnóstico	Geral (melhoria geral no diagnóstico)	“Temos outra capacidade [de diagnóstico].”
	Tratamento	Individualizado (aumento da personalização do tratamento aos doentes)	“[tratar] (...) a pessoa individualmente. Cada caso é um caso.”
		Sistémico (tratamento holístico do doente)	“Sim sim, falar com outros médicos que o doente tenha [para coordenar tratamento].”
	Identidade	Flexibilização (flexibilização da identidade profissional)	“ (...) fez-me ver que não tenho que seguir a folha.”
		Humanização (humanização da identidade profissional)	“ (...) ser uma pessoa mais humana.”
Positivos		Grupo (a experiência de estar em grupo)	“Gostei das pessoas em grupo.”
		Cursos (a presença de participantes de diferentes cursos)	“Gostei imenso do contraste [de pessoas de diferentes cursos].”
		Leitura (a leitura dos textos)	“ Gostei da tarefa de ler os textos.”
		Escrita (a escrita a partir dos textos lidos)	“Adoro escrever o que me vem à cabeça.”
Negativos		Extensão (reduzida extensão da intervenção)	“Pouco tempo. Era preciso mais tempo, uma coisa contínua.”
		Alunos (presença de poucos estudantes de medicina)	“Também havia poucos alunos de medicina.”
Sugestões		Alunos (aumentar o numero de estudantes de medicina como participantes)	“Mais alunos de Medicina.”
		Divulgação (divulgar o projecto de investigação)	“Maior divulgação do projeto. Isto é mesmo importante.”
		Extensão (aumento da extensão da Intervenção)	“Poderia haver mais sessões de grupo.”
		Avaliação (poder realizar a avaliação não presencialmente)	“ (...) os textos [para avaliação] ser em casa.”

## Discussão

A questão inicial deste estudo prendeu-se com o impacto da aprendizagem das técnicas de análise de narrativas na temática da doença sugeridas pela medicina narrativa (MN) – leitura cerrada e escrita reflexiva – na qualidade da leitura daquelas narrativas em estudantes universitários, operacionalizada em termos da sua complexidade estrutural e medida pela Taxonomia SOLO. Assim, a hipótese a testar foi a de que a aprendizagem dessas mesmas técnicas aumenta, nos participantes, a complexidade estrutural da análise literária (CEAL) de textos narrativos na temática da doença. Além disso, procurou-se avaliar a experiência dos participantes de participação na intervenção implementada.

### *Complexidade Estrutural da Análise Literária*

A análise caso a caso mostra que a ampla maioria dos casos (seis em nove) do grupo experimental melhorou entre o antes e o após intervenção, ao passo que apenas quatro dos nove casos participantes do grupo controlo melhorou (e em menor extensão que o grupo experimental). Estes dados sugerem que a intervenção foi benéfica para a maior parte dos participantes do grupo experimental e, atendendo aos resultados do seu *follow-up*, que esses benefícios se mantiveram.

Considera-se, assim, que os resultados fundamentam a previsão de que a aprendizagem das técnicas de “leitura cerrada” e “escrita reflexiva” aumenta, nos participantes, a CEAL na temática da doença. Como podemos explicar este efeito? A aprendizagem das técnicas de “leitura cerrada” e “escrita reflexiva” poderá envolver o desenvolvimento de competências cognitivas (e.g. atenção aprofundada ao texto; associação do texto a elemento extra-textuais; abertura de perspetiva por discussão; reflexão aprofundada sobre o conteúdo do texto), que

promovem o possível aumento da CEAL, tal como medida pela Taxonomia SOLO. É importante não esquecer que a opção pelas técnicas de leitura e escrita propostas pela *MN* é fortemente influenciada por fundamentos literários e narrativos que contribuem para uma melhor compreensão da missão da prática clínica (Charon, 2015).

No entanto, os resultados também apontam para o facto de que, numa minoria de casos, a intervenção não produz o efeito desejado. Como explicar isto? É possível que a intervenção possa ter interagido com características ou comportamentos pessoais que anularam o seu efeito (e.g. distração, desinteresse pelas tarefas, fadiga), uma vez que as técnicas requerem uma análise profunda das estruturas do texto (Sisson & Sisson, 2014). Coloca-se também a hipótese de a intervenção não ter sido suficientemente extensa, nestes casos, para surtir os efeitos desejados.

Finalmente, os resultados também apontam para o facto de que alguns dos participantes do grupo de controlo tenham aumentado (embora em menor grau que os do grupo experimental) a CEAL na temática da doença, apesar de não terem sido introduzidos às técnicas de “leitura cerrada” e “escrita reflexiva”. Como explicar este resultado? A leitura repetida de textos literários na temática da doença (para a avaliação) pode ter desenvolvido, nestes participantes (embora em menor grau), competências cognitivas análogas às que terão sido desenvolvidas no grupo experimental. Estas alterações podem ser explicadas a partir da influência que a literatura exerce sobre o ser humano, na medida em que o torna mais capaz na organização da sua mente e sentimentos, bem como na visão que tem do mundo (e.g. Candido, 2011, p. 179). Note-se ainda que estas melhorias no grupo de controlo são mais notórias no *follow-up*, o que sugere um possível efeito de latência das leituras efetuadas.

### *Percepção da Experiência de Participação no Estudo*

Começaremos pelos resultados relativos aos participantes estudantes de Letras. A partir da entrevista de grupo focal aos alunos de Letras, o tema Mudanças abarca melhorias na leitura ao nível da atenção, análise, compreensão e reflexão do texto que consolida a conjectura de que a aprendizagem da “leitura cerrada” e “escrita reflexiva” poderá envolver o desenvolvimento de competências cognitivas que promovem o aumento da CEAL. Por seu lado, as melhorias na escrita consolidam a noção de que a escrita narrativa torna visível o que de outra forma poderia passar despercebido (Charon, 2007).

No entanto, o aumento da atenção em relação à condição de doente, por parte dos participantes, sugere que a intervenção contribuiu para uma consciencialização individual do seu papel como utentes dos cuidados de saúde. Esta consciencialização pode ser explicada tendo como base a noção da *MN* de que doente e médico têm o potencial de conhecerem o seu papel num enredo e de se distanciarem dele, para “receberem um eu diferente do seu”, pronto a compreender o outro lado (Charon, 2006). Talvez tenha acontecido também um pouco esta situação com os participantes, aquando das suas leituras dos textos: identificação com personagens/situações, resultando em mudanças da percepção do seu papel, enquanto utentes dos cuidados de saúde.

Na relação médico-doente, os participantes afirmaram ter ocorrido mudanças na atenção a ela e um aumento de motivação para facilitar a mesma. A relação médico-doente é iniciada a partir do momento em que ambos se conhecem e, por isso, começa uma conversa que dá azo a palavras, gestos, silêncios, esperanças, medos. Assim, se ouvir o doente é fundamental para que o médico consiga dar forma e sentido aos *caos* do que é a doença para o paciente (Charon, 2001), não será menos fundamental como aquele se posiciona em relação ao médico. Posto isto, a relação entre ambos, numa situação ideal, envolve, essencialmente, o



ouvir e contar histórias. Enquanto isso, surgem perguntas que nem sempre têm resposta, por parte do médico. E, por vezes, o médico precisa de ter coragem e generosidade suficientes para dar testemunho a perdas injustas e aleatórias (Charon, 2001). Assim, supõe-se que a leitura de textos literários na área da saúde possa ter facilitado tais mudanças, ao transmitir bons modelos da relação médico-doente. Por outro lado, o aumento da valorização em compreender a condição de doente poderá ter sido consequência da leitura dos textos, no sentido em que os participantes ficaram mais alerta para o seu papel, enquanto pacientes.

A discussão de textos, a experiência de estar em grupo, a possibilidade de expressar e ouvir opiniões e a presença de participantes de cursos diferentes fazem parte do conjunto de aspetos positivos referidos pelos participantes, o que vai ao encontro do que a literatura nos diz acerca do trabalho em grupo. Isto é, beneficia não só a interação entre os estudantes, mas também impulsiona a aquisição de novos conhecimentos. Permite, ainda, desenvolver competências sociais (Barbato et al., 2010). O facto de haver participantes de diferentes cursos superiores permite a troca de diferentes perspetivas a um mesmo assunto, o que se prevê ser positivo, na medida em que surgem e se complementam ideias de grupo.

A referência à excessiva quantidade de textos lidos como ponto negativo pode ser explicada pelo número elevado (mas necessário) de textos a ler e/ou pela hora a que as sessões de avaliação decorreram, uma vez que os textos tinham pelo menos duas páginas e a hora das sessões (depois do almoço) poderia não ser a mais propícia para tarefas deste âmbito.

A sugestão de aumentar o número de sessões de intervenção pode ser explicada pelo facto de, para os participantes, os momentos em grupo se revelarem mais ricos em termos de aprendizagem de conteúdo, uma vez que existe diálogo entre todos, levando à troca de opiniões, tendo sido este um ponto positivo referido. Além disso, existem vantagens em trabalhar em grupo, tal como referido anteriormente. A sugestão de uma redução das tarefas

no primeiro momento de avaliação pode ser explicada pelo facto de o recurso à Taxonomia SOLO como estratégia de avaliação exigir uma recolha de respostas a diferentes textos lidos, de modo a ficar como uma amostra minimamente representativa da competência de cada participante. Finalmente, a sugestão de discussão de textos como tarefa de avaliação pode ser explicada pelo facto de serem estudantes que desempenham a tarefa de discussão de textos frequentemente e que, portanto, são melhor sucedidos quando assim ocorre. Outra possibilidade é também a já explicada, referente à dinâmica de grupo.

Prosseguiremos para os resultados relativos aos participantes estudantes de Medicina.

As mudanças a partir da intervenção referidas pelo grupo de estudantes de medicina ao nível da leitura e ao nível da escrita prendem-se com uma consciência das práticas de leitura de ficção e de escrita, bem como uma melhoria da motivação para a leitura de ficção e da atenção ao texto. Estas mudanças podem dever-se à possibilidade dos estudantes das áreas científico e tecnológicas não lerem ficção, nem escreverem reflexivamente com tanta frequência, em comparação com os estudantes das áreas humanísticas. De seguida, importa explicar as diversas mudanças indicadas pelos participantes ao nível profissional (melhoria na interpretação do discurso dos doentes; aumento da atenção ao doente no seu todo e ao seu discurso; melhorias gerais na relação e na empatia com os doente; melhoria geral do diagnóstico; aumento da personalização do tratamento e tratamento holístico do paciente; e flexibilização e humanização da identidade profissional). Estas mudanças vêm corroborar o que está na literatura, nomeadamente: na atenção que a *MN* impulsiona para o médico entrar no mundo do doente; na afiliação em juntar outros profissionais e fazer disso um hábito de reflexão; e na compreensão de eventos complexos através da representação do paciente por parte do médico (Charon, 2007).

Estes resultados vão ao encontro do que a literatura nos diz, visto que a prática da *MN* tem consequências positivas na compreensão da experiência do doente, bem como no

dever que o profissional de saúde tem para com o paciente (Charon, 2001). Mais, vão ao encontro da noção de que a *MN* fornece aos médicos as competências e métodos necessários para que este, com uma prática de uma medicina que recorre à empatia, reflexão e profissionalismo, possa melhorar o seu desempenho não só com o paciente, mas também com os seus colegas e público em geral (Charon, 2001).

Como aspetos positivos, emergiu, tal como nos estudantes de Letras (pelo que pode ser explicado pelos mesmos factores já apontados), a apreciação pelas sessões de grupo e pela presença de participantes de outros cursos, sendo ainda referido o gosto pelas tarefas de leitura e escrita (explicável pela ausência destas práticas). Nas sessões de grupo observou-se, por exemplo, o efeito *bola de neve* entre os participantes, aquando da discussão dos textos, em que foram construídas novas ideias coletivamente, uma das vantagens de trabalhar em grupo (Barbato et al., 2010).

Nas sugestões, houve concordância entre ambos os estudantes no aumento das sessões de intervenção; aspeto explicado anteriormente. Além disso, os estudantes de medicina apelaram a uma maior divulgação do projeto, pois talvez se tivesse havido um maior apelo à participação de estudantes de medicina, explicando quais as tarefas a desempenhar, verificar-se-ia uma maior adesão dos mesmos. Pensa-se que as mudanças referidas também possam ter influência direta nesta sugestão, uma vez que os participantes afirmaram que a formação em *medicina narrativa* era muito importante para os estudantes, enquanto futuros médicos.

Outro ponto referido foi o aumento dos participantes de medicina, pois talvez fosse vantajoso haver mais participantes da área da saúde que pudessem contribuir com os seus conhecimentos e práticas, resultando numa melhor compreensão dos temas dos textos literários. Contudo, a explicação mais evidente é a da necessidade de formação futura em *MN* justamente para estudantes das áreas da saúde, sobretudo, medicina. Por último, foi sugerido que a realização da tarefa de leitura dos textos, no momento de avaliação, em casa, talvez por

lhes conferir oportunidade de escolha sobre o momento da sua execução, apelando assim a um momento ótimo de atenção durante a mesma.

## Conclusão

Em termos gerais, a intervenção aqui relatada, que consistiu no desenvolvimento da aprendizagem das técnicas “leitura cerrada” e da “escrita reflexiva” sob textos literários da área da saúde, revelou-se eficaz e eficiente na promoção da competência de análise literária daquele tipo de textos, na maior parte dos participantes. Existem, ainda, indícios de que a mesma intervenção poderá ter tido efeitos benéficos na leitura e na escrita, em geral, bem como na atenção e na humanização dos aspetos relacionais envolvidos na interação médico-paciente.

Não obstante, os resultados não são generalizáveis a toda a população, visto que este estudo exploratório não incidiu numa amostra representativa. Por outro lado, é importante apontar outras limitações deste estudo.

Em primeiro lugar, os participantes do estudo eram estudantes com idades compreendidas entre os 20 e os 23 anos de idade. Seria interessante desenvolver estudos futuros do mesmo tipo com participantes mais novos e/ou mais velhos, bem como de áreas de aprendizagem distintas. Outra limitação é a de que não existem estudos anteriores que permitam comparar os resultados do presente estudo. Ainda, existe uma discrepância entre o número de participantes de Letras e de Medicina, pelo que seria importante, em futuros estudos do mesmo tipo, haver mais participantes da área académica e profissional da saúde. Não obstante, a importância de estabelecer diferenças entre participantes de áreas de formação heterogéneas.

Considera-se que seria vantajoso, em estudos futuros do mesmo tipo, aumentar o número e o período de sessões de intervenção, de modo a permitir um impacto eventualmente mais significativo das técnicas de “leitura cerrada” e “escrita reflexiva”. Considera-se, também, que poderia ser benéfico realizar as sessões de avaliação da parte da manhã, altura

em que provavelmente os participantes estariam mais despertos e motivados para a realização das tarefas propostas.

O presente estudo pretende chamar a atenção para a necessidade de estudos em contexto nacional sobre os efeitos das técnicas utilizadas pela *Medicina Narrativa*, no sentido de uma maior humanização da circunstância de cuidados de saúde, que nos parece particularmente necessária ao Sistema de Saúde Português. Embora se vivam tempos extraordinariamente revolucionários ao nível tecnológico na área das ciências da saúde, os profissionais de saúde precisam de desenvolver competências para saber ouvir as histórias dos pacientes e agir em conformidade (Charon, 2001), pois as ciências da saúde não revelam ser ferramenta poderosa o suficiente para o encontro humanizado entre profissional de saúde e paciente (Fernandes, 2014).

## Referências

- Avrahami, E., & Reis, S. (2009) Narrative medicine. *Israel Medical Association Journal*, 11, 335-338.
- Barbato, R. G., Corrêa, A. K., & De Mello e Souza, M. B. (2010). Aprender em grupo: experiência de estudantes de enfermagem e implicações para a formação profissional. *Escola Ana Nery Revista de Enfermagem*, 14(1), 48-55.
- Barry, S. (1998). *The whereabouts of Eneas McNulty*. New York: Viking.
- Biggs, J. & Tang, C. (2011). *Teaching for Quality Learning at University*. Maidenhead:Open University Press.
- Biggs, J.B. & Collis, K.F. (1982). *Evaluating the quality of learning - The SOLO taxonomy (structured of the observed learning outcome)*. S.Francisco: Plenum Press
- Binchy, M. (2008). *Heart and soul*. London: Orion Books.
- Brawer, J. R. (2006). The value of a philosophical perspective in teaching the basic medical sciences, *Medical Teacher*, 28(5), 472-474. doi: 10.1080/01421590600626971
- Bruner, J. (2004). Life as narrative, *Social Research*, 71(3), 691-710
- Candido, A. (2013). O direito à literatura. In A. Candido (Ed), *Vários escritos* (pp. 171-193) São Paulo: Livraria Duas Cidades.
- Charon, R. (2001) Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession and trust. *American Medical Association*, 286(10), 1897-1902.
- Charon, R. (2006). *Narrative medicine: Honoring the stories of illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Charon, R. (2007). What to do with stories. *Le Médecin de famille canadien*, 53, 1265-1267.

- Charon, R. (2015). Narrative Medicine: The Essential Role of Stories in Medical Education and Communication. In C. Martins, I. Fernandes, A. Reis & Z. Sanches (Eds), *Creative Dialogues: Narrative and Medicine* (pp. 95-111). Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.
- Crawford, P. Brown, B. Tischler, V. & Baker, C. (2010). Health humanities: the future of medical humanities? *Mental Health Review Journal*, 15(3), 4-10. doi: <http://dx.doi.org/10.5042/mhrj.2010.0654>
- DasGupta, S., & Charon, R. (2004) Personal illness narratives: using reflective writing to teach empathy. *Academic Medicine*, 79(4), 351-356.
- Dysarth-Gale, D. (2008). Lost in translation: Bibliotherapy and evidence-based medicine, *Journal of Medical Humanities*, 29(1), 33-43. doi: 10.1007/s10912-007-9050-0
- Fernandes, I. (2014) A pertinência da Medicina Narrativa. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 30, 289-230.
- Fernandes, I., Cabral, M. de J., Casal, T., Correia, A. & Almeida, D. V. (2015, Eds) *Contar (com) a medicina*. Lisboa: Edições Pedagogo.
- Grant, V.J. (2008) Making room for medical humanities. *Journal of Medical Ethics*, 28, 45-8.
- Greenhalgh, T., & Hurwitz, B. (1999). Narrative based medicine: Why study narrative? *British Medical Journal*, 318, 48-50. doi:10.1136/bmj.318.7175.48
- Grossman, E., & Cardoso, M. H. C. A. (2014) A narrativa como ferramenta na educação médica. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 13(4), 32-38.
- Johna, S., & Raman, S. (2011) Humanity before science: narrative medicine, clinical practice, and medical education. *The Performante Journal*, 15(4), 92-94.
- Olthuis, G. & Dekkers, W. (2003). Medical education, palliative care and moral attitude: some objectives and future perspectives. *Medical Education*, 37(10), 928-933. doi: 10.1046/j.1365-2923.2003.01635.x



- Ondaatje, M. (2004). *The English patient*. London: Bloomsbury.
- Paul, R., & Elder, L. (2008). *The thinker's guide to how to read a paragraph: The art of close reading: Based on critical thinking concepts & tools*. Dillon Beach, CA: Foundation for Critical Thinking.
- Valenti, M. P. & Mehl-Madrona, L. (2010). Humanizing Patients through Narrative Approaches: The Case of Murphy, the “Motor-Mouth”. *The Permanente Journal*, 14(2), 47-50.
- Sim-Sim, I. (2007). *O ensino da leitura: A compreensão dos textos*. Direção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular: Ministério da Educação.
- Sisson, D. & Sisson, B. (2014). The renaissance of Close reading: a review of Historical and Contemporary perspectives. *The California Reader*, 47(4), 8-16.

## ANEXOS

## **Lista de Anexos**

Anexo A: Texto “Lydia Cassatt”

Anexo B: Texto “Diário de um corpo”

Anexo C: Texto “Cheiro a crisântemos”

Anexo D: Texto “Hospital Silêncio”

Anexo E: Texto “Nêmesis”

Anexo F: Texto “A obra ao negro”

Anexo G: Texto “As anotações de Malte Laurids Brigge”

Anexo H: Complexidade da análise estrutural literária

Anexo I: Exemplos de resposta ao texto “Lydia Cassatt”

Anexo J: Exemplos de resposta ao texto “Diário de um corpo”

Anexo K: Exemplos de resposta ao texto “Cheiro a crisântemos”

Anexo L: Exemplos de resposta ao texto “Hospital silêncio”

Anexo M: Exemplos de resposta ao texto “Nêmesis”

Anexo N: Exemplos de resposta ao texto “A obra ao negro”

Anexo O: Exemplos de resposta ao texto “As anotações de Malte Laurids Brigge”

Anexo P: Guião de entrevista de avaliação da experiência de participação no estudo  
(estudantes de Medicina)

Anexo Q: Guião de entrevista de avaliação da experiência de participação no estudo  
(estudantes de Letras)

Anexo R: Texto “The whereabouts of Eneas McNulty” (Sebastian Berry, 2008)

Anexo S: Texto “Heart and Soul” (Maeve Binchy, 2008)

Anexo T: Texto “The English Patient” (Michael Ondaatje, 2004)

## Anexo A: Texto “Lydia Cassatt”

O amor acontece, ou a doença. No verão passado a minha vida mudou num só dia. Depois de me fazer perguntas, por entre o brilho do seu pequeno pince-nez, o médico chamou a May e o Pai à parte para discutir a minha situação.

A Mãe estava doente na altura. Quando a May regressou ao meu quarto, no rosto um mapa de preocupação, eu soube logo que era grave e soube também que ela haveria de lutar contra esta verdade, que todos haveriam de lutar contra ela. Não consegui ouvir todas as palavras dela porque o mundo parecia tornar-se irreal, como se eu estivesse muito longe, espreitando pela pequena ponta de um telescópio, como fazia com o do Robbie, quando ele recebeu um de brincar no Natal, num inverno em Hardwicke. Sentava-me à janela, atrás dos cortinados, apontava o instrumento para o prado e, primeiro, conseguia ver os cavalos tão nitidamente que via o bafo a sair-lhe das narinas, então virava o telescópio e, de repente, o prado e a estrada e o castelo de neve da May e o jardim – agora só caules secos na neve – ficavam uma miniatura minúscula e perfeita. Só que, desta vez, quando a May falou, a miniatura continha-a a ela e a mim e à minha cama no meu quarto em Paris, e todo o mundo à volta desaparecera e eu sentia que tão-pouco eu tinha substância e era apenas feita de ar. Dor e ar.

– Doença de Bright – disse ela, e quase me ri ao pensar como era ridículo que uma doença dos rins pudesse de algum modo ser associada a brilho, *brightness*.

– Mas, Liddy, até um médico francês se pode enganar. Temos só de vigiar a tua dieta e manter-te bem repousada. É tudo o que há a fazer. Tens só de ter cuidado. Mas como há-de o cuidado endireitar tudo? Não depende de mim. Sabe Deus como sou cuidadosa. A doença está dentro de mim. Sinto que vivo numa prancha lançada sobre um mar repleto de monstros marinhos. Por vezes julgo que estou melhor. Mas talvez esteja apenas numa tenda criada em

redor da minha pequena prancha, junto a este mar, com ou sem monstros marinhos, e acontece tanta coisa lá dentro – malabarismos, canções, romances – que estou apenas distraída e divertida.

[...]

Nem sempre posso dizer à May o que penso porque ela não consegue encarar a doença ou a morte. Toda a minha família é assim.

Julgo que a tristeza da May ao ouvir o meu diagnóstico foi maior ainda por trazer consigo a memória de perdas anteriores. Até o médico lhe terá lembrado outros médicos, como aquele alemão forte de Darmstadt, que examinou as pernas do Robbie e nos disse que não havia nada de grave com ele. Tudo o que era preciso, disse ele, era fazer com que o Robbie fizesse exercício regularmente e tomasse um medicamento para fortalecer as pernas. Durante uns tempos conseguimos olhar uns para os outros como se o mundo fosse um lugar comum. Mas se algo acontece a alguém e o seu corpo se transforma numa casa onde é corroído e definha, os médicos nada podem e nada pode o amor.

O bebé, George, também morreu, com apenas um mês, quando a May começava a andar, e, antes de eu nascer, a bebé Katherine, que tinha o nome da Mãe. Quando o mais novo, Gardner, veio ao mundo, três anos depois do George, eu mal conseguia olhar para ele, com medo de que também ele ficasse inerte e frio.

**Anexo B: Texto “Diário de um corpo”**

70 anos, 5 meses, 2 dias

Sábado 12 de março de 1994

Ontem em casa de A. e C., essa questão de saber se o cancro de W. não seria de origem psicossomática. Aprovação unânime. Sim, sim, claro, suportou mal a sua reforma, a doença da sua mulher, o divórcio da sua filha, etc., todos concordavam até ao momento em que o jovem P., filho mais velho dos nossos hóspedes, instalou um certo mal-estar concluindo que “W. ficará bué mais descansado em saber que morre de uma doença psicossomática. Claro que é menos nojento que um cancro do cólon”. Dito isto, o jovem P. dá de frosques batendo com a porta.

Creio que entendo o mau-humor deste rapaz. Sem contestar o facto de que o nosso corpo expressa à sua maneira o que não conseguimos formular – que um lumbago signifique que estou farto, que as cólicas da Fanny dizem o seu terror pelas matemáticas –, bem vejo como o todo-psicossomático pode ser irritante para o jovem P. Estigmatiza a mesma pudicícia que me revoltava na sua idade. Na minha juventude, o corpo simplesmente não existia como sujeito de conversa; não era admitido à mesa. Hoje em dia é tolerado, se falarmos só da sua alma! Em filigrana do todo-psicossomático paira esta velha lua: os males do corpo como expressão das taras de carácter. A vesícula falhada do colérico, as coronárias explosivas do imoderado, o inevitável Alzheimer do misantropo... Não só doentes, como culpados de o serem! De que estás tu a morrer, homenzinho? Do mal que te fizeste, dos teus pequenos entendimentos com o nefasto, dos benefícios momentâneos que lucraste com práticas doentias, do teu carácter, em suma, tão pouco cuidado, tão pouco respeitoso de ti próprio! É o teu superego que te mata. (Nada de novo, em suma, desde que a varíola deu a ler a alma da Merteuil no seu rosto devastado.) Morres, culpado por teres poluído o planeta,

comido o que quer que fosse, por te teres submetido à época sem a teres mudado, por teres fechado os olhos à questão da saúde universal a ponto de desprezares a tua própria saúde! Todo este sistema que a tua preguiça tem coberto com moleza obstinou-se no teu corpo inocente, e mata-o.

Porque se o todo-psicossomático designa o culpado é para melhor celebrar o inocente. O nosso corpo é inocente, senhoras e senhores, o nosso corpo é a inocência pura, eis o que clama o todo-psicossomático! Se ao menos fôssemos simpáticos, se nos portássemos bem, se levássemos uma vida sã num ambiente governado não seria só a nossa alma, seria o nosso próprio corpo que acederia à imortalidade!

Longa diatribe que debito no carro no caminho de regresso com o ardor da minha juventude reencontrada.

Talvez, conclui Mona, mas não podemos descurar o facto de que o jovem P. nunca perde uma ocasião de fazer passar os seus pais por parvos.

### Anexo C: Texto “Cheiro a crisântemos”

– Temos de o preparar – disse a mulher. Pôs a chaleira ao lume, depois regressou e, ajoelhando-se aos seus pés, começou a desapertar os atacadores de pele. O quarto estava húmido e mal iluminado, com apenas uma vela, pelo que tinha de se inclinar quase até ao chão. Por fim, tirou-lhe as botas pesadas, e afastou-as.

– Tem de me ajudar agora – sussurrou à velha. Juntas despiram o homem.

Quando se ergueram e o viram deitado na dignidade inocente da morte, as duas mulheres permaneceram tomadas de medo e de respeito. Ficaram paradas por momentos, a olhar para baixo, a velha mãe a chorar baixinho. Elizabeth sentia-se anulada. Via-o: quão inviolavelmente se resguardava em si mesmo. Nada tinha a ver com ele, e não podia aceitá-lo. Curvando-se, pôs a mão sobre ele, suplicante. Ainda estava morno, pois a mina onde tinha morrido era quente. A mãe dele segurava-lhe o rosto entre as mãos, e murmurava incoerentemente. As velhas lágrimas caíam em fiada, como gotas de água das folhas molhadas; não chorava, eram apenas as lágrimas que corriam. Elizabeth abraçou o corpo do marido, de rosto e lábios encostados a ele. Parecia estar a escutar, a inquirir, a procurar uma ligação. Mas não conseguia, era afastada. Ele era inexpugnável. Levantou-se e foi para a cozinha, onde deitou água quente numa bacia. Trouxe sabão, uma toalha de rosto e outra mais macia.

– Tenho de o lavar – disse.

[...]

Ao olhar para o morto, fria e distante, disse para consigo com clareza: “Quem sou eu? O que tenho andado a fazer? Tenho andado a lutar com um marido que nunca existiu. Ele existiu sempre. Que mal fiz eu? Com o que é que tenho vivido? Aí está a realidade: esse homem.” E a alma, dentro dela, morreu de medo: sabia que nunca o tinha visto, tinham-se



encontrado no escuro e no escuro tinham lutado, sem saber quem encontravam e com quem lutavam. E agora via, e, ao ver, calava-se. Pois tinha cometido um erro. Dissera que ele era uma coisa que ele, afinal, não era. Sentira-se próxima dele, mas, todo esse tempo, ele existira sempre à parte, vivendo como ela nunca vivera, sentindo o que ela nunca sentira.

(...) Negara o que ele tinha sido – reconhecia-o agora. Tinha-o recusado tal qual era. E a isto se resumira a vida dela e a vida dele. Estava grata à morte que restabelecera a verdade. E sabia que não estava morta.

E durante todo este tempo o seu coração estalava de dor e compaixão para com ele. O que teria suportado? Que infindável horror para este homem indefeso! Estava hirta de agonia. Tinha sido incapaz de o ajudar. Ele fora ferido cruelmente, este homem nu, este outro ser, e ela já nada podia remediar. Havia os filhos – mas os filhos pertenciam à vida. Este homem morto nada tinha a ver com eles. Ele e ela apenas tinham sido os veios pelos quais a vida corraera desaguando nas crianças. Fora mãe – mas que mal se sentira como mulher, reconhecia-o agora. E ele, agora morto, que mal se devia ter sentido como marido. Sabia que no outro mundo ele seria um estranho para ela. Se se encontrassem no além, apenas sentiriam vergonha do que antes entre eles existira. Por razões misteriosas, os filhos tinham vindo de ambos, mas sem lograr uni-los. E agora, com ele morto, via como estavam eternamente separados, e, definitivamente, nada mais tinham a ver um com o outro. Era um episódio da sua vida que se fechava. Em vida, tinham-se negado um ao outro. E, agora, ele retirara-se. Invadiu-a um sentimento de angústia. Acabara tudo: a relação deles tinha-se tornado irremediável muito antes de ele morrer. Contudo, fora seu marido. Mas quão pouco!

– Tens a camisa dele, Elizabeth?

Elizabeth virou-se sem responder, embora lutasse por chorar e por se comportar como a sogra esperava. Mas não conseguia, estava muda. Foi até à cozinha e voltou com a peça de roupa.

– Já secou – disse, apalpando a camisa de algodão aqui e ali, para confirmar. Até se envergonhava de lhe mexer; que direito tinha ela ou outra pessoa qualquer de o agarrar; mas tocava no corpo dele com humildade. Era difícil vesti-lo. Estava tão pesado e inerte. Entretanto, um medo horrível apoderara-se dela, por ele ser tão pesado e tão inerte, tão inacessível e separado. O horror daquela distância entre ambos era-lhe insuportável – o abismo que se abria, infinito e que tinha de encarar.

Por fim acabou. Cobriram-no com um lençol e deixaram-no ficar, com o rosto atado. Trancou a porta da salinha, para evitar que os filhos vissem o que ali estava. Depois, com o coração afundado numa paz pesada, dedicou-se a arrumar a cozinha. Sabia que se submetia à vida, que no imediato a dominava. Porém da morte, instância última que a governava, esquivava-se com medo e com vergonha.

#### **Anexo D: Texto “Hospital Silêncio”**

Muitas vezes pensara, a propósito do hospital, que devia ser um lugar a salvo da mentira e da vaidade.

Um lugar onde se entra e, espontaneamente, se começa a falar da barriga e do sexo. Ou da criança ou do sangue.

Ao contrário de outros lugares, onde não se fala dessas coisas, ou então, só mesmo por acaso, o hospital era isso mesmo: um lugar para a barriga e para o sexo, para o corpo, para a criança, ou para o sangue.

Um lugar onde se fala e onde se toca.

Pensava que o simples facto de trabalharmos nesse lugar devia aproximar-nos como que de um centro, de uma palavra essencial sobre o desejo e sobre a morte; devia aproximar-nos dos corpos, cada um deles falando o seu próprio discurso, as suas palavras.

Não sabia que era preciso ter em conta o ódio. Ou talvez o medo.

O hospital quer cuidar, organizar os cuidados metódica e eficazmente; o que se teme é que os corpos se ponham a fazer perguntas, a roubar tempo com essas suas perguntas, a pedir outra coisa que não cuidados.

Veríamos desta forma que são diferentes uns dos outros; afetados pelos mesmos sintomas, talvez; embora únicos na sua história e nas suas palavras; logo impossíveis de regulamentar. E respeitáveis.

Talvez acabássemos, desta forma, por reconhecer, afrontosamente posta por eles, a questão que atravessa todos os corpos dos seres falantes, mas que, no hospital, rebenta sem qualquer precaução, bruta, através da barriga, ou do sexo, ou da criança, ou do sangue.

Uma questão de desejo.

A questão de um fluxo, específico a cada existência, que habitasse o corpo segundo as suas próprias leis e não se preocupasse com outras leis para orientar o curso da vida: ou então que tivesse sido reprimido, submetido a outro domínio, sem outra saída que não fosse vir gritar no corpo enquanto derradeira palavra, nunca mentirosa, sob pena de se apagar nele. É essa a questão; a do desejo. Constantemente presente nos consultórios médicos, por detrás das portas das enfermarias. Refletida como que num espelho para todos os que lá trabalham, no hospital, os médicos, os enfermeiros, todos. Incômoda, é odiada. Tenta-se silenciá-la. Num primeiro tempo, esse ódio é involuntário. Resulta da neutralidade.

O hospital pôs o seu ódio no neutro. Mascarou-se com batas brancas, com portas elétricas, com formalidades de ingresso, com cheiro a desinfetante, com vozes off.

## Anexo E: Texto “Némesis”

Que a epidemia de pólio entre as crianças do bairro de Weequahic e as crianças do acampamento de Indian Hill foi uma tragédia é coisa que Buck não pode aceitar. Tem de converter a tragédia em ato de culpa. Tem de encontrar uma necessidade para tudo o que acontece. Há uma epidemia e ele tem de encontrar uma razão para ela. Tem de perguntar porquê? Porquê? Porquê? Que seja gratuita, contingente, absurda e trágica não o satisfaz. Que seja um vírus que se propaga não o satisfaz. Este mártir, este maníaco do porquê, tem de procurar desesperadamente uma causa mais profunda, e encontra o porquê em Deus ou em si mesmo ou, misticamente, misteriosamente, na terrível junção dos dois num único destruidor. Devo dizer que, por muita compaixão que sinta pela acumulação de desgraças que lhe arruinou a vida, para mim isto não passa de arrogância estúpida, não a arrogância da vontade ou do desejo mas a arrogância da interpretação religiosa irrealista, infantil. Já todos nós ouvimos isto e estamos fartos, mesmo vindo de alguém tão profundamente respeitável como Bucky Cantor.

– E você, Arnie – perguntou-me ele. – Não guarda ressentimento?

– Eu contraí a doença quando ainda era criança. Tinha doze anos, mais ou menos metade da sua idade de então. Estive perto de um ano internado no hospital. Era o mais velho da enfermaria – disse eu –, rodeado de crianças que choravam e gritavam pelos pais... dia e noite aquelas crianças procuravam em vão um rosto conhecido. Não eram as únicas a sentir-se abandonadas. Havia desespero e medo em abundância. E muito azedume a crescer com um par de pernas paralíticas. Durante anos passei as noites na cama a falar com os meus membros, a sussurrar “Mexei-vos! Mexei-vos!” Estive um ano sem ir à escola, e quando voltei tinha perdido a minha turma e os meus colegas. E no liceu passei por maus bocados. As raparigas tinham pena de mim e os rapazes evitavam-me. Ficava sempre à margem, a

carpir as mágoas. Viver à margem é muito duro na adolescência. Queria andar como toda a gente. Quando os via, aos intactos, correr para irem jogar à bola no fim das aulas, apetecia-me gritar: “Eu também tenho o direito de correr!” Dilacerava-me constantemente a ideia de que facilmente tudo podia ter sido diferente. Durante algum tempo não quis pura e simplesmente ir à escola... não queria passar o dia a lembrar-me de como eram os rapazes da minha idade e de tudo o que podiam fazer e eu não. O que eu queria era a coisa mais ínfima do mundo: ser como todos os outros. Você sabe como é – disse-lhe eu. – Nunca mais voltarei a ser quem fui. Vou ser isto para o resto da minha vida. Nunca mais vou saber o que é o prazer.

[...]

Aos seus olhos, a devastação que tinha varrido o recinto de jogos da Chancellor e Indian Hill não era um absurdo malicioso da natureza mas sim um grande crime de sua própria autoria, que lhe custou tudo o que um dia possuía e lhe arruinou a vida. Em alguém como Bucky, o sentimento de culpa pode parecer absurdo, mas é de facto inevitável. Uma pessoa como ele está condenada. Nada que faça corresponde ao que idealizou. Nunca sabe onde termina a sua responsabilidade. Não confia nos seus limites porque, vergado ao peso de uma inabalável bondade natural que não lhe permite resignar-se ao sofrimento dos outros, nunca irá reconhecer que tem limites sem que isso espicace o seu sentimento de culpa. A maior vitória pessoal de uma pessoa assim está em poupar a sua amada ao ónus de ter um marido paralítico, e o seu heroísmo consiste em negar o seu mais profundo desejo renunciando a ela.

Se bem que talvez, se não tivesse virado costas ao desafio do recinto de jogos, talvez, se não tivesse abandonado as crianças de Chancellor escassos dias antes de as autoridades municipais encerrarem o recinto de jogos e as mandarem a todas para casa – e talvez, também, se o seu maior amigo não tivesse sido morto na guerra –, não tivesse sido tão

precipitado a culpar-se do cataclismo e não se tivesse transformado numa das pessoas reduzidas a escombros pela época em que viveu. Talvez, se tivesse ficado e sobrevivido à prova coletiva a que a pólio submeteu os judeus de Weequahic e, independentemente do que pudesse ter-lhe acontecido, tivesse enfrentado estoicamente a epidemia até ao fim...

## **Anexo F: Texto “A obra ao negro”**

Perguntou o médico se era ali a casa Fugger e entrou sem cerimónia. Era um indivíduo alto e magro, de olhos fundos, que envergava a opa vermelha dos médicos que tinham aceitado ocupar-se dos empestados, devendo, por isso, abster-se de visitar os doentes comuns. A tez bronzada dava-lhe um ar de estrangeiro. Subiu à pressa as escadas; Marta, em contrapartida, retardava, sem querer, o passo. De pé, entre a cama e a parede, puxou o lençol para trás, pondo à mostra o frágil corpo sacudido pelos espasmos, poisado sobre o colchão enxovalhado.

– Todas as criadas se foram embora – disse Marta, a tentar explicar o estado da roupa.

Ele respondeu com um vago aceno de cabeça, ocupado que estava em apalpar com todo o cuidado os gânglios da axila e da virilha. A garota tagarelava ou cantarolava baixinho, entre dois roucos acesos de tosse. Marta julgou reconhecer um trecho de uma ária frívola, de mistura com uma canção sobre a visita do bom Jesus Cristo.

– Está a delirar – observou ela, com um certo desprezo.

– Ah pois, com certeza – disse o médico, distraído.

O indivíduo trajado de vermelho puxou o lençol para cima e, como que por descargo de consciência, mediu as pulsações no pulso e junto à garganta. Contou, seguidamente, algumas gotas de um elixir e introduziu com mão destra a colher na comissura dos lábios.

– Não vale a pena forçardes por mais tempo a vossa coragem – admoestou ele, ao ver que Marta sustinha, com repugnância, a cabeça da doente. – Ela já não precisa que lhe amparem a cabeça ou as mãos.

Limpou dos lábios um pouco de sânie avermelhada, com um pedaço de compressa que lançou ao lume. A colher e as luvas que utilizara seguiram idêntico caminho.



– Não lhe rebentais os inchaços? – inquiriu ela, com receio de que o médico, com a pressa, omitisse tão imprescindível tratamento, mas esforçando-se, sobretudo, por retê-lo junto ao leito.

– Certamente que não, disse ele, a meia voz. – Os vasos linfáticos nem sequer estão muito inchados, e ela vai finar-se antes que eles entumescam. Non est medicamentum ... A força vital de vossa irmã é mínima. Poderemos, quando muito, atenuar-lhe o sofrimento.

– Não sou sua irmã – protestou Marta, de repente, como se o precisar este facto a desculpasse de tremer tanto pela sua própria pessoa. – Chamo-me Marta Adriansen, e não Marta Fugger. Sou sua prima.

Apenas lhe concedeu ele um fugidio olhar, quedando-se absorto a observar os efeitos do remédio. A doente, menos agitada, parecia sorrir. Mediu, para a noite, uma segunda dose de elixir. Bastava a presença daquele homem, que, contudo, nenhuma promessa fazia, para transformar no mais banal dos quartos aquilo que, desde a alvorada, fora para Marta um lugar de horror. Uma vez chegado à escada, o médico tirou a máscara que utilizara, como era da praxe, à cabeceira da enferma. Marta acompanhou-o até ao último degrau.

– Dizeis chamar-vos Marta Adriansen – obtemperou ele, de repente. – Conheci, nos meus verdes anos, um homem já de idade com esse mesmo nome. Chamava-se sua mulher Hilzonda.

– Eram o meu pai e a minha mãe – disse Marta, a modos que contrafeita.

– Ainda são vivos?

– Não – respondeu ela, baixando a voz. – Encontravam-se em Münster quando o bispo tomou a cidade.

Ele manobrou a porta da rua, de fechaduras tão complicadas como as de um cofre-forte. No rico e opressivo vestíbulo penetrou uma lufada de ar. Lá fora, o crepúsculo apresentava-se cinzento e chuvoso.

– Voltai lá para cima – disse ele, por fim, com uma espécie de fria bondade. – Pareceis-me de temperamento robusto, e a peste também não tornará a fazer mais vítimas. Aconselho-vos a preservardes as narinas com um pano molhado em álcool etílico (confio muito pouco nos vossos vinagres) e a velardes, até aos seus últimos momentos, a moribunda. O vosso receio é lógico e natural, mas a vergonha e o remorso também afligem bastante.

Ela virou a cara afogueada e, depois de procurar na bolsa que trazia pendurada à cintura, decidiu-se, finalmente, por uma moeda de oiro. O gesto de pagar restabelecia as devidas distâncias, mantinha-a muito acima daquele vagabundo que andava de terra em terra, ganhando a sua vida à cabeceira dos empestados. Ele meteu a moeda, sem sequer olhar, no bolso do capote, e saiu.

Uma vez só, Marta dirigiu-se para a cozinha à procura de um frasco de álcool etílico. Não havia ninguém; as criadas deviam estar na igreja a ruminar litanias. Descobriu, em cima de uma mesa, um bocado de empada, que comeu devagar, com a preocupação deliberada de restaurar as forças. À cautela, achou-se na obrigação de mastigar, também, um dente de alho. Quando se resolveu a subir até ao andar de cima, foi dar com Benedita, assim o julgou, meio adormecida, mas o facto é que, de vez em quando, as contas de buxo corriam-lhe por entre os dedos. Depois da segunda dose de elixir, pareceu melhorar. Um novo acesso prostrou-a, de madrugada.

**Anexo G: Texto “As anotações de Malte Laurids Brigge”**

47

Desde então tenho refletido muito sobre o medo da morte, não sem ter em conta certas experiências pessoais. Creio que bem posso dizer que o senti. Assaltava-me em plena cidade, no meio das pessoas, muitas vezes sem qualquer motivo. Outras vezes, pelo contrário, acumulavam-se os motivos; quando, por exemplo, alguém morria sobre um banco e todos o rodeavam e olhavam, e ele já estava para além do medo: então eu sentia o medo dele. Ou em Nápoles, outrora: no banco da frente do elétrico estava sentada uma jovem e morreu. Primeiro parecia um desmaio, o elétrico ainda continuou a andar durante algum tempo. Mas depois não havia dúvida alguma de que tínhamos de facto de parar. E atrás de nós os carros ficavam parados e formava-se um engarrafamento, como se nesta direção nunca mais se pudesse prosseguir. A rapariga gorda e macilenta pudera, assim, morrer calmamente, encostada à vizinha de banco. Mas a mãe dela não consentiu. Pôs-lhe toda a espécie de dificuldades. Descompôs-lhe o vestido e deitou-lhe alguma coisa na boca que já nada retinha. Esfregou-lhe a testa com um líquido que alguém trouxera, e quando então os olhos se reviraram um pouco, começou a abaná-la para que o olhar voltasse novamente para a frente. Gritava para dentro destes olhos que não ouviam, arrastava e puxava de um lado para o outro todo o corpo como se fosse uma boneca, e por fim tomou balanço e bateu com toda a força na cara gorda para que não morresse.

Mas já antes tivera medo. Por exemplo, quando o meu cão morreu. Ele que me acusou de uma vez para sempre. Estava muito doente. Eu tinha passado todo o dia ajoelhado ao pé dele e, de repente, deu um latido sacudido e breve, como costumava fazer quando um estranho entrava na sala. Semelhante latido era entre nós, de algum modo, uma combinação para tais casos, e olhei maquinalmente para a porta. Mas aquilo já se encontrava dentro dele.

Inquieto, procurei o seu olhar, e ele também procurou o meu; mas não para se despedir de mim. Ele olhou para mim duramente e com estranheza. Censurava-me por ter deixado entrar aquilo. Estava convencido de que eu o teria podido evitar. Assim se demonstrava que ele sempre me tinha sobrestimado. E não havia tempo para lho explicar. Ele olhou-me com estranheza e com ar solitário, até que tudo acabou.

Ou então tinha medo quando no outono, depois das primeiras geadas noturnas, as moscas entravam em casa e se voltavam a animar ao calor. Estavam singularmente ressequidas e assustavam-se com o seu próprio zumbido; via-se que já não sabiam o que faziam. Ali ficavam horas a fio e abandonavam-se até se lembrarem de que ainda viviam; então lançavam-se às cegas para qualquer lado e não percebiam o que ali estavam a fazer, e ouvia se como caíram mais longe e acolá e noutro sítio. E por fim rastejavam por todo o lado e cobriam lentamente de morte toda a sala.

Mas até quando eu estava só era capaz de ter medo. Porque haveria de fazer como se aquelas noites não existissem, aquelas em que me sentava com medo da morte e me agarrava à ideia de que estar sentado era afinal algo vivo, pois os mortos não estavam sentados? Isso acontecia sempre num dos quartos ocasionais em que inevitavelmente me abandonavam quando eu me sentia mal, como se temessem ser interrogados ou envolvidos nas minhas maldosas causas. Ali ficava sentado e provavelmente tinha um aspeto tão terrível que nada conseguia coragem para se pôr do meu lado. Nem sequer a luz, à qual tinha mesmo feito o favor de acender, queria saber de mim. Ardia tão para si como se estivesse num quarto vazio. A minha última esperança era então sempre a janela. Imaginava que lá fora podia estar algo que me pertencia, também nesse momento, também nesta súbita pobreza da morte. Mas mal olhara lá para fora, já desejava que a janela estivesse trancada, fechada, como a parede. Pois agora sabia que lá fora tudo continuava com a mesma indiferença, que também lá fora apenas havia a minha solidão. A solidão que eu fizera desabar sobre mim e cuja grandeza excedia já

o meu coração. Lembrava-me de pessoas que eu abandonara outrora e não compreendia como era possível abandonar pessoas.

Meu Deus, meu Deus, se me aguardam ainda semelhantes noites, deixa-me ao menos um daqueles pensamentos que eu por vezes era capaz de ter. Não é assim tão insensato o que peço; pois sei que eles saíram precisamente do medo, por o meu medo ser assim tão grande. Quando eu era pequeno, davam-me bofetadas e diziam-me que era covarde. Era assim porque eu ainda não sabia bem ter medo. Mas desde então aprendi a ter medo com o medo verdadeiro, que apenas aumenta quando aumenta a força que o produz. Não fazemos a menor ideia desta força senão no nosso medo. Pois ela é tão incompreensível, tão inteiramente contra nós, que o nosso cérebro se desagrega no ponto em que nos esforçamos por pensá-la. E, no entanto, desde há algum tempo, creio que é a nossa força, toda a nossa força, que ainda é demasiado forte para nós. É verdade que a não conhecemos, mas não é precisamente o que nos é mais próprio que nós mais desconhecemos? Muitas vezes ponho-me a pensar como nasceram o Céu e a Morte: foi porque afastámos de nós o que nos era mais precioso, porque havia ainda tantas outras coisas preciosas que não estavam em segurança em nós, seres tão ocupados. Agora passaram séculos sobre isso e habituámo-nos a coisas menores. Já não reconhecemos o que nos é próprio e assustamo-nos perante a sua extrema grandeza. Não será isto possível?

## **Anexo H: Escala de Complexidade Estrutural do Produto de Aprendizagem<sup>5</sup>**

### **1.pré-estrutural**

(ausência de elementos relevantes)

### **2.uni-estrutural**

(presença de um elemento correto e relevante)

### **3.multi-estrutural**

(vários elementos relevantes mas independentes, geralmente na forma de uma lista)

### **4.relacional**

(integração de elementos relevantes, na forma de um argumento/leitura pessoal)

### **5.abstracto**

(como 4 e com abstração de um princípio generalizável a outros domínios/contextos)

NOTA: De forma a assegurar uma avaliação mais discriminativa devem ser considerados também níveis intermédios na taxonomia SOLO – 1,5; 2,5; 3,5; 4,5 – para quando o produto de aprendizagem já não corresponda aos critérios do nível anterior mas ainda não corresponda aos critérios do nível seguinte.

---

<sup>5</sup> Adaptação da taxionomia SOLO (Biggs, J.B. & Collis, K.F. (1982). *Evaluating the quality of learning - The SOLO taxonomy (structured of the observed learning outcome)*. S.Francisco: Plenum Press).

## **Anexo I: Exemplos de resposta ao texto “Lydia Cassatt”**

Resposta pré-estrutural:

- Fala sobre algo que se passou no verão passado.

Resposta uni-estrutural:

- Lydia recebe a notícia de que está doente.

Resposta multi-estrutural:

- Lydia descobriu que tinha uma doença, e o irmão tinha qualquer coisa nas pernas. Também fala do que Robbie fazia à janela e que George morreu.

Resposta relacional:

- Foi no verão passado que Lydia soube, através da sua irmã May, que tinha a doença de Bright. Neste sentido, o texto reflete os sentimentos e pensamentos de Lydia ao receber a notícia. Contudo, não os podia expressar, devido a alguns acontecimentos trágicos ocorridos no seio da sua família. No final, May alerta a irmã para o cuidado a ter com a alimentação e aconselha-a a repousar.

Resposta abstrata:

- Lydia soube o verão passado que tinha a doença de Bright – doença nos rins. Foi May, aparentemente sua irmã, quem lhe deu a notícia. Para Lydia, tudo lhe soou “irreal” (“todo o mundo à minha volta desaparecera e eu senti que [...] era apenas feita de ar”). Para piorar a situação, Lydia não podia revelar tudo o que pensava, pois a sua família não lidava bem com situações de doença e/ou morte, devido a acontecimentos do passado. Através do texto é possível perceber, por exemplo, como por vezes certos traumas ocorridos no núcleo familiar podem afetar a comunicação entre os diversos elementos.

**Anexo J: Exemplos de resposta ao texto “Diário de um corpo”**

Resposta pré-estrutural:

- O texto fala sobre o comentário inapropriado do jovem P.

Resposta uni-estrutural:

- O texto fala da culpabilidade que os próprios indivíduos têm sobre as suas doenças.

Resposta multi-estrutural:

- Fala da doença de W. e do que disse o jovem P.. Depois também fala sobre o que as pessoas fazem durante a vida e que agora já é tolerável falar-se da alma. Contudo, num tempo anterior ao texto não se fala do corpo.

Resposta relacional:

- A cena do texto ocorre na casa de A e C enquanto se discute a doença de W. Eis senão quando o jovem P faz uma intervenção inapropriada, pois o rapaz tinha mau-humor, e parecia que tinha prazer em fazer os pais passar por parvos. No texto, acredita-se que a origem das doenças é culpa do próprio doente, causada, por exemplo, pela falta de simpatia ou mau comportamento. O texto faz a ligação entre mente e corpo, no sentido em que “o corpo expressa à sua maneira o que não conseguimos formular”.

Resposta abstrata:

- No texto discutia-se o cancro de W na casa dos hóspedes A e C. Os presentes acreditavam que tinha uma origem psicossomática, em virtude de alguns acontecimentos menos bons ocorridos na sua vida. Aquando da chegada do jovem P, este faz um comentário desagradável, instaurando, assim, “mal-estar” e fazendo com que os seus pais passem por parvos. Posto isto, Mona começa a divagar, internamente, sobre os possíveis motivos que levam o nosso corpo a expressar algo que nós próprios não conseguimos. Neste sentido, o



texto apela à culpabilidade do próprio indivíduo quando algo lhe acontece, sendo, pois, uma consequência do seu estado psicológico.

### **Anexo K: Exemplos de resposta ao texto “Cheiro a crisântemos”**

Resposta pré-estrutural:

- O texto é sobre duas mulheres que lavam um homem.

Resposta uni-estrutural:

- O texto fala sobre uma mulher que pensa sobre a morte do marido.

Resposta multi-estrutural:

- O texto fala de duas mulheres e um homem. A mulher que não era velha tinha muitos pensamentos, e depois as duas tinham que lavar o homem, mas a mulher estava angustiada. A mulher não o tinha conseguido ajudar e o marido era desconhecido.

Resposta relacional:

- Elizabeth e a sogra estavam perto do corpo do marido de Elizabeth quando esta começou a questionar-se quem era e quem de facto era o seu marido. Elizabeth, na verdade, não conhecia o marido, pois tinha-o negado e recusado “tal qual era”. A mulher e a sogra do homem despiram-no, lavaram-no e voltaram a vesti-lo, dado que o homem tinha falecido numa mina, e estava “ferido cruelmente”. É nesta altura que Elizabeth reconhece que não tinha nada a ver com ele. Além disso, a distância entre o casal já era grande. Elizabeth revela, ainda, que se tinham passado muitos anos “no escuro”, e agora que o encarava “sabia que nunca o tinha visto”.

Resposta abstrata:

- O texto reporta o confronto com a morte de um familiar próximo. Elizabeth sentia-se agoniada e angustiada ao despir o corpo ainda morno do marido, que tinha morrido numa mina. Com a ajuda da sogra, as duas mulheres despediram-no, lavaram-no e vestiram-no novamente. Elizabeth dedicava-se, talvez, ao trabalho doméstico e o marido ao seu trabalho na mina, acabando ambos por esquecerem a sua vida enquanto casal. Por outro lado,

Elizabeth “estava grata à morte”, por ter descoberto “a verdade”. Elizabeth sentia medo de não saber quem era (“quem sou eu?”) e vergonha de ter “recusado [o marido] tal qual era”. A mulher sentiu, pois, que não conhecia verdadeiramente o marido, e aqui o texto remete-nos para a ideia de que a morte nos pode confrontar com a realidade, pura e crua.

**Anexo L: Exemplos de resposta ao texto “Hospital silêncio”**

Resposta pré-estrutural:

- Fala sobre a diversidade de doentes num hospital.

Resposta uni-estrutural:

- É sobre a indiferença para com os doentes por parte dos médicos, no hospital.

Resposta multi-estrutural:

- É sobre os hospitais e aborda também a questão das pessoas terem medo. Depois há pessoas que têm desejos, e o hospital é um sítio de cuidados.

Resposta relacional:

- O texto faz um retrato dos hospitais, local onde existe medo e ódio. É apresentada uma versão do hospital como sendo, supostamente, um sítio que cuida, que organiza cuidados e que é eficaz no seu tratamento. Por outro lado, não se prevê qualquer tipo de diálogo, isto é, pretende-se que não haja “fluxo” algum na relação entre médico e doente. Neste sentido, está patente o poder da palavra e, conseqüentemente, da intersubjetividade; as questões e desejos dos doentes são transformados em batas brancas e portas elétricas, formalidades e desinfetante.

Resposta abstrata:

- O texto caracteriza os hospitais. A(s) pessoa(s) que o descreve(m) alega(m) que os hospitais são sítios onde, em princípio, os pacientes estão a salvo de mentiras, onde se pode falar abertamente, onde as pessoas se aproximam umas das outras. Quer isto dizer que o hospital seria um lugar onde cada doente teria oportunidade para falar sobre si. Contudo, o hospital é um local de medo, ódio, incómodo, silêncio. Isto é, existe o receio de que os doentes se tornem em “seres falantes” que fazem perguntas e pedem algo para além de cuidados. Será

este o medo de alguns médicos? O texto trata, pois, da despersonalização de qualquer instituição na prestação de cuidados de saúde ou outros.

**Anexo M: Exemplos de resposta ao texto “Nêmesis”**

Resposta pré-estrutural:

- É um diálogo entre duas pessoas.

Resposta uni-estrutural:

- Arnie fala da sua doença.

Resposta multi-estrutural:

- Fala sobre o sentimento de revolta de Bucky e da doença de Arnie. Bucky não tinha noção onde acabava a sua responsabilidade e era bondoso. Arnie caracteriza-se como vivendo à margem, embora fosse assim para sempre, mas ele queria era ser como toda a gente.

Resposta relacional:

- O texto faz a caracterização de duas pessoas, são elas Bucky Cantor e Arnie, ambas descritas por esta última. Bucky sente-se culpado pela epidemia de pólio no bairro de Weequahic, pois não aceitou um desafio no recinto dos jogos. Além disso, sente remorsos por ter abandonado as crianças de Chancellor, dias antes da polícia as ter mandado para casa. Assim, Bucky tende a “converter a tragédia em ato de culpa”, tentando, ao mesmo tempo, lidar com dúvidas internas e sentimentos de culpa. Por outro lado, Arnie, que contraiu a doença em pequeno, confessa a Bucky que só queria ser uma criança como as outras: brincar, correr, fazer amigos.

Resposta abstrata:

- Bucky é o “maníaco do porquê”, que procurava uma causa para todos os acontecimentos. Arnie descreve-o como uma pessoa que acha que fica aquém daquilo que os outros acham, alguém com extrema bondade dentro de si, ainda que de “arrogância estúpida”. Arnie, por sua vez, tinha contraído a doença de poliomielite em pequeno. Em criança sonhava “ser como todos os outros”. Arnie dizia que só seria um verdadeiro herói se renunciasse à sua amada,

para que este vivesse descansadamente a sua vida. Vemos assim como o ser humano é altruísta, acabando por renunciar à sua própria felicidade em prol da dos outros. Este é um texto que toca em vários sentimentos relacionados com acontecimentos negativos marcantes, desde a raiva à revolta, passando pelo medo.

## **Anexo N: Exemplos de resposta ao texto “A obra ao negro”**

Resposta pré-estrutural:

- O texto fala sobre duas primas e um médico.

Resposta uni-estrutural:

- O texto retrata os tempos da peste negra.

Resposta multi-estrutural:

- O texto fala de um médico que andava de terra em terra a visitar as pessoas que tinham peste negra. O médico visitou Benedita e Marta rezou, mas a prima morreu. O médico tinha conhecido os pais de Marta e depois faz-lhe recomendações e para rezar pela prima.

Resposta relacional:

- O texto retrata a história de um médico “que andava de terra em terra ganhando a sua vida à cabeceira dos empestados” e que visita Benedita, prima de Marta, que está contaminada com peste negra. Benedita além de cantarolar, já se encontrava em estado de delírio. O médico verificou as pulsações no pulso e na garganta de Benedita, e comprovou que não havia, portanto, mais nada a fazer, a não ser apaziguar a sua dor. O médico recomendou que também Marta se precavenha da peste e que reze pela prima. Contudo, Benedita acaba por morrer de madrugada no quarto, que para Marta era um “lugar de terror”.

Resposta abstrata:

- O médico “alto e magro”, envergando “opa vermelha”, tinha chegado para examinar Benedita, que estava contaminada com peste negra. Benedita delirava e estava fraca, tendo o médico constatado que já não havia nada a fazer, a não ser “atenuar-lhe o sofrimento”. Marta rezou por Benedita, mas esta acabou por falecer. O texto acaba por fazer um retrato daqueles que viveram a época da peste negra, doença transmitida através das pulgas dos ratos, que



matou milhões de pessoas na Europa. Deste modo, o texto apela à capacidade para lidar e, sobretudo, aceitar a realidade da doença e da vida em geral tal qual ela é.

**Anexo O: Exemplos de resposta “As anotações de Malte Laurids Brigge”**

Resposta pré-estrutural:

- O texto fala de uma rapariga e de um cão que morreram, e das bofetadas que o autor levava em pequeno.

Resposta uni-estrutural:

- O texto descreve diversas situações de medo.
- Descrição de 4 situações em que o autor sentiu medo da morte.
- Monólogo sobre medo da morte.

Resposta multi-estrutural:

- Fala de uma rapariga gorda no metro, depois de um cão que morreu, depois o autor diz que estava sozinho e que levava bofetadas quando era pequeno. No fim, diz que dá valor a coisas diferentes de quando era mais pequeno.

Resposta relacional:

- O texto retrata o medo da morte sentido pelo autor, referindo alguns exemplos. Assim, o autor refere a situação da morte de uma “rapariga gorda” no elétrico e do seu cão, que estava muito doente. Contudo, a solidão lembrava-o das pessoas que abandonara, sem agora perceber bem porquê. Além destas observações do seu quotidiano, o autor lembra, também, os seus tempos de criança, em que lhe davam bofetadas, por ser covarde. E agora, no presente, o autor refere que dá valor a coisas que dantes não dava, questionando-se se isso é realmente possível.

Resposta abstrata:

- O texto em questão aparenta ser um género de diário, onde o autor escreve sobre os seus sentimentos, neste caso sobre o seu medo da morte. O texto descreve pormenorizadamente quatro situações em que o autor sentiu esse medo. São elas: a morte da “rapariga gorda” no

elétrico, a morte do seu cão, o zumbido das moscas, e os momentos de solidão. Quase no fim, o autor lembra quando, em pequeno, levava bofetadas por ser covarde. Foi então que a partir daqui aprendeu “a ter medo com o medo verdadeiro”. O autor escreve sobre observações diárias e recordações do passado, colocando em causa algumas das suas decisões, dado que, no final do texto, dá valor a coisas que outrora não dava, referindo que “a sua extrema grandeza” também lhe causa medo e espanto. O texto parece ser adaptação do autor a uma nova civilização.

**Anexo P: Guião de entrevista de avaliação da experiência de participação no estudo  
(estudantes de Medicina)**

Temas	Subtemas	Objetivos	Questões
Geral	-	Avaliar a perceção geral da intervenção	Se em conversa com um colega ele vos pedisse para comentar a experiência, o que diriam? (1ª questão)  O que ficou por dizer? Têm mais alguma coisa a acrescentar? (última questão)
Mudanças	Geral	Avaliar a perceção geral do eventual impacto da intervenção	Sentiram algumas mudanças pessoais em função desta experiência? Se sim, quais?
	Leitura	Avaliar a perceção do eventual impacto da intervenção na leitura de narrativas na área da saúde e em geral	Sentiram algumas mudanças na maneira como leem narrativas na área da saúde em função desta experiência? Se sim quais? (deixar responder e, se foram indicadas mudanças, perguntar:  a) essas mudanças foram circunscritas a este tipo de narrativas ou alargaram-se a outros domínios? quais?  b) essas mudanças continuam até agora? como?)  Durante a leitura há alguma coisa que agora façam de maneira diferente?
	Escrita	Avaliar a perceção do eventual impacto da intervenção na escrita sobre narrativas na área da saúde e em geral	Sentiram algumas mudanças na maneira como escrevem sobre narrativas na área da saúde em função desta experiência? Se sim quais?(deixar responder e, se foram indicadas mudanças, perguntar:  a) essas mudanças foram circunscritas a este tipo de narrativas ou alargaram-se a outros domínios? quais?  b) essas mudanças continuam até agora? como?)  Durante a escrita, há alguma coisa que agora façam de maneira diferente?
	Transferência	Avaliar a perceção da eventual transferência de eventuais aprendizagens	Houve transferência do que passaram/aprenderam na experiência para outros domínios?

		resultantes da intervenção	
	Atividade	Avaliar a percepção do eventual impacto da intervenção na atividade profissional em geral	Acham que esta experiência terá algum impacto na vossa atividade profissional? Se sim, qual?
	Análise	Avaliar a percepção do eventual impacto da intervenção na capacidade de análise dos discursos dos doentes	Acham que esta experiência terá algum impacto na vossa capacidade de análise dos discursos dos doentes? Se sim, qual?
	Atenção	Avaliar a percepção do eventual impacto da intervenção na atenção aos doentes	Acham que esta experiência terá algum impacto na vossa atenção aos doentes? Se sim, qual?
	Relação	Avaliar a percepção do eventual impacto da intervenção na relação com os doentes	Acham que esta experiência terá algum impacto na vossa relação com os doentes? Se sim, qual?
	Diagnóstico	Avaliar a percepção do eventual impacto da intervenção na capacidade de diagnóstico	Acham que esta experiência terá algum impacto na vossa capacidade de diagnóstico? Se sim, qual?
	Tratamento	Avaliar a percepção do eventual impacto da intervenção no tratamento aos doentes	Acham que esta experiência terá algum impacto no tratamento que prestarão aos doentes? Se sim, qual?
	Identidade	Avaliar a percepção do eventual impacto da intervenção na identidade	Acham que esta experiência terá algum impacto na vossa identidade profissional? Se sim, qual?

		profissional	
Positivos	-	Avaliar a percepção dos aspetos positivos da intervenção	Quais foram os pontos fortes da experiência?
Negativos	-	Avaliar a percepção dos aspetos negativos da intervenção	Quais os pontos fracos da experiência?
Sugestões	-	Avaliar a percepção de melhoramentos necessários à intervenção	Se alguém vos pedisse para referir algo que pudesse ser modificado nesta experiência o que diriam?

**Anexo Q: Guião de entrevista de avaliação da experiência de participação no estudo  
(estudantes de Letras)**

Temas	Subtemas	Objetivos	Questões
Geral	-	Avaliar a percepção geral da intervenção	Se em conversa com um colega ele vos pedisse para comentar a experiência, o que diriam? (1ª questão)  O que ficou por dizer? Têm mais alguma coisa a acrescentar? (última questão)
Mudanças	Geral	Avaliar a percepção geral do eventual impacto da intervenção	Sentiram algumas mudanças pessoais em função desta experiência? Se sim, quais?
	Leitura	Avaliar a percepção do eventual impacto da intervenção na leitura de narrativas na área da saúde e em geral	Sentiram algumas mudanças na maneira como leem narrativas na área da saúde em função desta experiência? Se sim quais? (deixar responder e, se foram indicadas mudanças, perguntar:  a) essas mudanças foram circunscritas a este tipo de narrativas ou alargaram-se a outros domínios? quais?  b) essas mudanças continuam até agora? como?)  Durante a leitura há alguma coisa que agora façam de maneira diferente?
	Escrita	Avaliar a percepção do eventual impacto da intervenção na escrita sobre narrativas na área da saúde e em geral	Sentiram algumas mudanças na maneira como escrevem sobre narrativas na área da saúde em função desta experiência? Se sim quais? (deixar responder e, se foram indicadas mudanças, perguntar:  a) essas mudanças foram circunscritas a este tipo de narrativas ou alargaram-se a outros domínios? quais?  b) essas mudanças continuam até agora? como?)  Durante a escrita, há alguma coisa que agora façam de maneira diferente?
	Transferência	Avaliar a percepção da eventual transferência de eventuais aprendizagens	Houve transferência do que passaram/aprenderam na experiência para outros domínios?

		resultantes da intervenção	
	Condição	Avaliar a perceção do eventual impacto da intervenção na condição de doente ou utente de cuidados de saúde	Acham que esta experiência tem algum impacto na vossa condição de doente ou utente de cuidados de saúde? Se sim, qual?
	Atenção	Avaliar a perceção do eventual impacto da intervenção na atenção à condição de doente ou utente de cuidados de saúde	Acham que esta experiência tem algum impacto na vossa atenção à vossa condição de doente ou utente de cuidados de saúde? Se sim, qual?
	Relação	Avaliar a perceção do eventual impacto da intervenção na relação com os cuidadores de saúde	Acham que esta experiência tem algum impacto na vossa relação com os cuidadores de saúde? Se sim, qual?
	Compreensão	Avaliar a perceção do eventual impacto da intervenção compreensão da condição de doente ou utente de cuidados de saúde	Acham que esta experiência terá algum impacto na vossa compreensão da vossa condição de doente ou utente de cuidados de saúde? Se sim, qual?
	Colaboração	Avaliar a perceção do eventual impacto da intervenção na colaboração com o cuidado prestado pelos cuidadores de saúde	Acham que esta experiência terá algum impacto na colaboração com o cuidado prestado pelos cuidadores de saúde? Se sim, qual?
	Identidade	Avaliar a perceção do eventual impacto da intervenção na identidade como doente ou utente dos cuidados de saúde	Acham que esta experiência terá algum impacto na vossa identidade como doente ou utente dos cuidados de saúde? Se sim, qual?
Positivos	-	Avaliar a perceção dos aspetos positivos da intervenção	Quais foram os pontos fortes da experiência?
Negativos	-	Avaliar a perceção dos aspetos negativos da intervenção	Quais os pontos fracos da experiência?
Sugestões	-	Avaliar a perceção de melhoramentos necessários à intervenção	Se alguém vos pedisse para referir algo que pudesse ser modificado nesta experiência o que diriam?



**Anexo R: Texto “The whereabouts of Eneas McNulty” (Sebastian Berry, 2008)**

It's Harcourt that brings him back to the simpler world. They go out one morning as usual to the digging area with spades on their shoulders and cardboard visors against the sun. The birds of Africa angrily call. All as usual, daily, the now familiar newspaper of sounds and sights that each man reads for himself in his own way. A day indeed when Eneas feels his own inclination to silence as a half-decent thing and he hovers on the ragged border of contentment. And they dig as is their wont and work and it doesn't seem so pointless a business after all to be striving to realize the great dream of Benson. Or maybe it isn't a great dream but a natural job of work, and if Benson was building a wharf in New Ross it would be all the same thing. Maybe it occurs to Eneas he makes too much of expert work, maybe he should lose the strange part of his soul that envies and worships the expert man. As he thinks this, suddenly Harcourt stops in the digging and begins to tremble. Now this could be Eneas himself and Eneas is doubly startled, and thinking he knows this ague lurches to embrace his friend. But Harcourt won't stop at trembling but goes down on one knee on the brittle earth and leaps up as if kicked by the earth and falls about and then bangs back on the crumbling ground and shakes all his limbs at once, and a nasty looking bile or foam starts to bubble and froth from his lips. And Benson leaps down at Harcourt silently with their chins at still angles as if all movement has gone out of the world except for Harcourt's twitching and gurgling.

“He's having a fit”, says Benson. “I've been it before in one of my aunts. Epilepsy or the like. Mustn't swallow the tongue. That's the main thing.”

“No, no”, says Eneas, and he imagines Harcourt's tongue going down the throat and into the belly to be digested as if it was the edible tongue of a cow after being boiled and skinned by his mother years ago in the house in John Street. “Mercy, mercy”.

Now a number of the other men have climbed out the ditch and are talking softly to each other and shaking their heads because it's as ill sight and possibly an evil one. They're saying the clay is dangerous or the water or the company food maybe, the same thought going through Eneas's mind, unworthy but unbidden. Now Harcourt is quiet enough except his eyes are up under his lids somewhere and occasionally he gives a massive jerk. The heads of the workers shake at each spasm. No, no, no. And then Harcourt is up with a jerk and the fit is on him again and he waves his arms and flails his legs like a dancer, like a dervish, and you'd swear, swear he knows the dance, and even likely hears a personal music proper to the dance, and he twists and leaps with tremendous poise and balance till he's down on the clay again and spasming and gurgling as before. And the leather belt has flown out long since and Harcourt is struggling now with the depth of his fit, and Benson has his hand in Harcourt's mouth and is trying to hold on to the root of the tongue to prevent it turning back itself in a murderous rictus and stoppering up the precious breath of Harcourt. Then the wretched fit passes away, and Benson holds Harcourt's exhausted head in his palm and strokes the fevered face and seems to be talking to him gently with all the terrified susurrus and low voice of a mother. Eneas watches and thinks of his brother Jack reading in sacred privacy if that is the term to his daughter in the night swallowed bungalow in Sligo. And such evident tenderness accidental, necessary tenderness in Benson towards Harcourt, sweeps against Eneas also not hum as Jack did but roughly illuminating him. And the engineer stroking the face of the afflicted man quells the demon momentarily that feeds at the core of Eneas. In an hour Harcourt is able to stand with assistance and go back shaken and solemn with sometimes trailing legs to the speckled tent.

Harcourt lies in like a ruined man on the thin yellowed pallet of his bunk, lies back still at last and lets out a breath as lonesome as a mountain peak.

"Easier for you now?" says Eneas. "That easier?"

“It’s easier now, brother, don’t mind me. Just a broken donkey of a man.”

“I will not be difficult for you now, brother, to see why I was let go from English army, with this sort of carry on afflicting me”, says Harcourt, not without relish, relishing also some deep breaths, a deep well of gladsome breaths rising to flatter him, to inflate his life.

“No”, says Eneas. “No. But all the same, a man might expect better of the King’s army”.

“No one minds illness invisible. If a foul cancer were eating my heart, and my face was fair and open the while, it would be no matter. But with this leaping and foaming disease... Wasn’t always so violent. You could charge money in to see me now when it’s a hold of me.”

### **Anexo S: Texto “Heart and Soul” (Maeve Binchy, 2008)**

A week later Aidan and Nora were on one of their favorite secondhand bookshops; they were each browsing separately when she suddenly looked over at him. His hand was at his throat and he seemed to be having difficulty catching his breath.

“Aidan?” she called.

“Sorry, is it very stuffy in here?”

“No, indeed – there’s a lazy wind coming in from the canal.”

“A lazy wind?” he asked distractedly.

“You know – a wind that doesn’t bother to make the time to go round you so it does through you...” Nora smiled.

He didn’t smile back.

She was alarmed now, “Is there something wrong?”

“I don’t seem able to breathe in”, he said. “Oh, Nora, dear Nora, I hope that I’m not going to faint anything.”

“No, of course you’re not. Just sit down there.” She was brisk and practical. First, she spoke to the shop owner.

“Where’s the nearest hospital?” she asked.

“St. Brigid’s. Is there a problem?”

“I think my husband is having some kind of seizure. Taxi rank?”

“Don’t bother. I’ll drive you”, he said.

Nora didn’t question it. There would be time to thank him later.

“Right, Aidan. Dara is giving us a lift”, she said.

“Where to?” he gasped.

“To somewhere that will help you breathe properly, my darling”, she said.

And he closed his eyes in relief.

At the A&E in St. Brigid's the nurses moved him wordlessly into a cubicle. They had given him oxygen and the house doctor had been called.

"Take off his trousers", the doctor said.

"What?" Nora was taken aback.

"Please, madam." The Chinese doctor was very courteous. "His lungs are flooded, we need to drain the liquid from him, we have to put him on a catheter..."

Nora explained this to Aidan.

"That's extraordinary – I don't feel as if we need to go to the loo at all", he said.

The oxygen was helping. He was much calmer. Nora looked at a huge container and saw it filling up with what looked like gallons of fluid.

"How could that happen?" she asked.

"The heart is failing to pump", the Chinese doctor explained. "He is in heart failure at the moment."

Nora felt all the strength leave her body. The good, kind man that she adored and who loved her too had a heart that had failed him. Life as they know it was over.

### **Anexo T: Texto “The English Patient” (Michael Ondaatje, 2004)**

She stands up in the garden where she has been working and looks into the distance. Sha has sensed a shift in the weather. There is another gust of wind, a buckle of noise in the air, and the tall cypresses sway. She turns and moves uphill towards the house, climbing over a low wall, feeling the first drops of rain in her arms. She crosses the loggia and quickly enters the house.

In the kitchen she doesn't pause but goes through it and climbs the stairs which are in the darkness and then continues along the long hall, at the end of which in a wedge of light from an open door.

She turns into a room which is another garden – this one made up of trees and bowers painted over its walls and ceiling. The man lies on the bed, his body exposed to the breeze, and he turns his head slowly towards her as she enters.

Every four days she washes his black body, beginning at the destroyed feet. She wets a washcloth and holding it above his ankles squeezes the water onto him, looking up as he murmurs, seeing his smile. Above shins the burns are worst. Beyond purple. Bone.

She has nursed him for months and she knows the body well, the penis sleeping like a sea horse, the thin tight hips. Hipbones of Christ, she thinks. He is her despairing saint. He lies flat on his back, no pillow, looking up at the foliage painted onto the ceiling, its canopy of branches, and above that, blue sky.

She pours calamine in stripes across his chest where he is less burned, where she can touch him. She loves the hollow below the lowest rib, its cliff of skin. Reaching his shoulders she blows cool air onto his neck, and he mutters.

What? she asks, coming out of her concentration.

He turns his dark face with its grey eyes towards her. She puts her hand into her pocket. She unskins the plum with her teeth, withdraws the stone and passes the flesh of the fruit into his mouth.

He whispers again, dragging the listening heart of the young nurse beside him to wherever his mind is, into that well of memory he kept plunging into during those months before he died.